

**Міністерство освіти і науки України  
Академія педагогічних наук України  
Науково-дослідний центр проблем соціальної педагогіки  
та соціальної роботи Академії педагогічних наук України  
та Луганського національного університету  
імені Тараса Шевченка**

**Н. П. Краснова,  
Л. П. Харченко,  
В. М. Пігіда,  
Я. І. Юрків**

**СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА  
ТА СОЦІАЛЬНА РОБОТА З РІЗНИМИ  
КАТЕГОРІЯМИ КЛІЄНТІВ**

*Навчально-методичний посібник*

**Луганськ  
ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”  
2010**

УДК [37.013.42+364.4](075.8)

ББК 74.60я73

С69

**Рецензенти:**

- Зверєва І. Д.* – доктор педагогічних наук, професор, головний науковий співробітник Інституту проблем виховання НАПН України.
- Харченко С. Я.* – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Луганського національного університету імені Тараса Шевченка.
- Докучаєва В. В.* – доктор педагогічних наук, професор кафедри дошкільної та початкової освіти Луганського національного університету імені Тараса Шевченка.

С69 **Соціально-педагогічна** та соціальна робота з різними категоріями клієнтів : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, В. М. Пігіда, Я. І. Юрків ; Держ. закл. „Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка”. – Луганськ : Вид-во ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2010. – 408 с.

У навчально-методичному посібнику розглядається соціально-педагогічна й соціальна робота з сім'ями, які перебувають у складних життєвих ситуаціях. Проаналізовані соціальні проблеми ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей. Представлені напрямки соціально-педагогічної та соціальної роботи у соціумі.

Призначений для соціальних педагогів, соціальних працівників, практичних психологів у соціально-педагогічній діяльності, а також пропонується для навчальних закладів різних рівнів акредитації з метою професійної підготовки майбутніх фахівців.

**УДК**

**[37.013.42+364.4](075.8)**

**ББК 74.60я73**

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Луганського національного університету  
імені Тараса Шевченка  
(протокол № 2 від 24 вересня 2010 року)*

**ISBN 978-966-617-242-9**

© Краснова Н. П., Харченко Л. П.,  
Пігіда В. М., Юрків Я. І., 2010

© ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2010

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ 1.</b> <b>СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА Й СОЦІАЛЬНА РОБОТА</b> <b>З СІМ'ЯМИ ТА ДІТЬМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ</b> <b>У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ</b>	
1.1. Напрямки роботи соціального педагога, соціального працівника з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах.....	6
1.2. Соціально-педагогічна робота з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями.....	34
1.3. Специфіка соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців строкової та контрактної служби.....	72
<b>РОЗДІЛ 2.</b> <b>СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ</b> <b>ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЛЮДЕЙ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ</b>	
2.1. Професійні принципи й основні завдання надання соціально-педагогічної та соціальної допомоги ВІЛ-позитивним людям та їхнім сім'ям.....	102
2.2. Соціально-педагогічний і соціальний супровід ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей.....	134
2.3. Моделі профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції.....	165
<b>РОЗДІЛ 3.</b> <b>НАПРЯМКИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ</b> <b>ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СОЦІУМІ</b>	
3.1. Особливості роботи з жінками, які перебувають у складних життєвих ситуаціях.....	197
3.2. Соціальна робота з людьми похилого віку.....	227
3.3. Організація роботи з жертвами „торгівлі людьми”.....	252
3.4. Соціально-педагогічна та соціальна робота з мігрантами...	284
<b>ДОДАТКИ</b> .....	317
<b>ЛІТЕРАТУРА</b> .....	393

## ВСТУП

Поява в нашій країні інституту соціальної педагогіки зумовила необхідність підготовки кваліфікованих фахівців у цій сфері, що володітимуть високим рівнем знань, матимуть сформовані вміння й навички роботи з різними категоріями клієнтів, які потребують соціально-педагогічної допомоги та підтримки. У зв'язку з цим актуальним стало дослідження проблем та потреб соціально незахищених категорій населення, аналіз їхнього соціального функціонування, пошук нових форм та методів роботи з ними, розробка ефективних соціально-педагогічних технологій.

У сучасному суспільстві існує цілий ряд проблем, пов'язаних з соціалізацією та адаптацією людини, які впливають на розвиток різних факторів, котрі призводять до порушення взаємовідносин індивіда з його соціальним оточенням та з самим собою. Через різні причини людина може опинитися у складних життєвих обставинах, коли вона не в змозі самостійно вийти з кризової ситуації. Саме в таких випадках на допомогу їй повинен прийти соціальний педагог, соціальний працівник, який допоможе знайти вихід, зможе активізувати внутрішній потенціал, вселити оптимізм та віру у власні сили.

Провідні спеціалісти в області соціальної педагогіки та соціальної роботи пропонують різні підходи до вирішення соціально-педагогічних та соціальних проблем суспільства, однак універсальних засобів подолання негативних явищ на сьогоднішній день не існує. Тому доцільним є вивчення і узагальнення передового досвіду вітчизняної та зарубіжної соціально-педагогічної діяльності.

Запропонований навчально-методичний посібник створений для студентів спеціальностей „Соціальна педагогіка” та „Соціальна робота”, працівників різних соціальних служб, фахівців та волонтерів, що працюють у соціально-педагогічній сфері. Він складається з трьох розділів і містить інформацію щодо особливостей здійснення соціально-педагогічної роботи з різними категоріями клієнтів.

Перший розділ присвячений наданню допомоги сім'ям, які опинилися у складних життєвих ситуаціях, мають психологічні, педагогічні, економічні проблеми, батькам, що виховують дітей з

обмеженими можливостями, родинам військовослужбовців строкової та контрактної служби.

У другому розділі увага приділяється соціально-педагогічній та соціальній підтримці ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей, а також організації профілактичних заходів щодо попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції серед населення.

Третій розділ містить інформацію про напрямки соціально-педагогічної діяльності з жінками, які перебувають у складних життєвих обставинах; з людьми похилого віку; з людьми, котрі стали жертвами „работоргівлі” та мігрантами.

Теоретичний матеріал супроводжується додатками, що включають розробки різних виховних та інформаційно-просвітницьких заходів, які можуть використовуватися соціальним педагогом у практичній діяльності.

Вивчення матеріалу, що міститься у посібнику, допоможе підвищити рівень знань спеціалістів із соціальної педагогіки, соціальної роботи та дозволить більш ефективно організувати діяльність щодо надання соціально-педагогічної допомоги та підтримки вразливим категоріям населення.

**РОЗДІЛ 1.**  
**СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА Й СОЦІАЛЬНА РОБОТА**  
**З СІМ'ЯМИ ТА ДІТЬМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ**  
**ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ**

**1.1. Напрямки роботи соціального педагога, соціального працівника з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах**

Сім'я є тим первинним суспільним осередком, який має особливе значення в житті кожної людини, забезпечує її захист і соціалізацію, формує моральні основи, емоційний світ дитини, громадську свідомість та самосвідомість. Цілий ряд досліджень вказує на те, що сім'я, як соціальний інститут, сьогодні перебуває у стані гострої кризи. Особливих негараздів і труднощів зазнають сім'ї, які опинилися в складних життєвих обставинах.

Сім'я з дітьми, яка перебуває в складних життєвих обставинах, – сукупність осіб, які проживають разом, і пов'язані спільним побутом, взаємними правами й обов'язками, серед яких є хоч одна дитина віком до 18 років. Однією з характеристик цієї сім'ї є наявність обставин, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність, наслідки яких сім'я не може подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо) (стаття 1 Закону України „Про соціальні послуги”). До складних життєвих обставин належать також: втрата здатності до самообслуговування, близької людини, роботи, порушення звичного, нормального способу життя, дитяча бездоглядність, пожежа, стихійне лихо, а також випадки, коли людина стала жертвою злочину, захворіла невиліковною хворобою, коли існує загроза її життю та здоров'ю, життю та здоров'ю її близьких, погіршення матеріально-побутових умов, поступове зубожіння – все, що викликає у людей почуття незахищеного страху перед завтрашнім днем, все, що призводить до загострення конфлікту в сім'ї, негативно позначається на вихованні та розвитку дітей.

Отже, складними життєвими обставинами можна назвати такі несприятливі для людини події, життєву скруту, коли їй особливо

важко, і коли вона об'єктивно потребує сторонньої допомоги, в тому числі і від держави, суспільства, громади, від найближчого оточення, щоб упоратися з цими обставинами і відновити свою нормальну життєдіяльність.

Сучасна соціально-педагогічна наука, теорія соціальної роботи дає таку класифікацію складних життєвих обставин, в основі якої лежать важливі для виховання дітей умови: соціально-демографічні, матеріально-побутові, медико-соціальні, психологічні та соціально-педагогічні, соціально-правові. Саме брак цих умов або неповна їх наявність певною мірою визначає становище дітей і сімей. Але перелік складних життєвих обставин, у яких опинилася сім'я з дітьми, чітко не визначений і може бути розширений, уточнений за потреби. Так, у рамках проекту ЄС „Розвиток інтегрованих соціальних служб для вразливих сімей та дітей” було розроблено розширений перелік складних життєвих обставин. Наявність такого переліку допомагає соціальному працівникові знайти справжні причини сімейної кризи і визначити перелік та обсяг необхідних послуг. До складних життєвих обставин відносять:

- *Соціально-медичні обставини:* інвалідність; психічні захворювання; інфекції (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, ІПСШ) та інші важкі захворювання; алкогольна та наркотична залежність.

- *Соціально-побутові обставини та проблеми працевлаштування:* бідність, малозабезпеченість (неповноцінне харчування, брак необхідного одягу); безробіття одного з батьків / обох батьків; брак / втрата документів; неформальні документи на отримання державної соціальної допомоги; борги (у т.ч. комунальні послуги); брак мінімальних побутових умов (опалення, водо-, газопостачання тощо); брак / втрата власного житла (у т.ч. коли двоє і більше сімей проживають на одній житловій площі, яка не відповідає нормам); вимушена міграція (в т.ч. трудова) одного чи декількох членів сім'ї; грубе порушення санітарно-гігієнічних норм проживання сім'ї.

- *Соціально-педагогічні обставини:* проблеми адаптації (брак навичок самообслуговування, ведення господарства, планування сімейного бюджету; брак професійної освіти; проблеми адаптації дітей у прийомних сім'ях, ДБСТ, опікунських сім'ях; брак навичок адаптації до самостійного життя дітей з функціональними обмеженнями); недостатній догляд за дитиною раннього віку; девіантна поведінка дитини; низький рівень виховного потенціалу

сім'ї (недостатня увага до дитини, її розвитку і життя; надмірно високі вимоги до дитини; потурання забаганкам дитини; непослідовна поведінка батьків щодо дитини: від приниження до ідеалізації тощо), високий рівень зайнятості батьків, брак часу на виховання дитини; бездоглядність; безпритульність сім'ї / дитини; соціальна ізоляція сім'ї; ухилення від виконання батьківських обов'язків; самовільне залишення дітьми місця постійного проживання.

- *Психологічні обставини:* конфлікти (покоління; дитини з однолітками; дитини із вихователями, вчителями та іншими; конфлікт прийомної дитини (дитини-вихованця) із рідними дітьми тощо); залежність (від азартних ігор, комп'ютера, релігійних сект); насильство (фізичне, психологічне, економічне); інші психологічні дисбаланси (стреси, постабортальний, постродовий синдром; агресія, депресія, істеричні прояви).

- *Інші обставини:* небажана вагітність / дитина; позашлюбна дитина; подружня зрада; міжетнічні конфлікти; міжрелігійні конфлікти; батьки розлучені, але проживають разом; неповнолітні батько / мати; перебування одного з батьків в місцях позбавлення волі; повернення одного з батьків із місць позбавлення волі; батьки не розлучені, але проживають окремо; місцезнаходження одного з батьків невідоме.

Відповідно до спільного наказу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства транспорту та зв'язку України, Державного Департаменту України з питань виконання покарань від 14.06.2006 р. № 1983/388/452/221/56/596/106 „Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах”, до сімей, які класифікуються як ті, котрі опинилися в складних життєвих обставинах, належать:

- сім'ї з дітьми, які опинилися в складних життєвих обставинах і не в змозі подолати їх самостійно, у зв'язку із інвалідністю батьків або дітей, вимушеною міграцією, наркотичною або алкогольною залежністю одного із членів сім'ї, його перебуванням у місцях позбавлення волі, ВІЛ-інфекцією, насильством у сім'ї, безпритульністю, сирітством, зневажливим



ставленням і негативними стосунками у сім'ї, безробіттям одного з членів сім'ї, якщо він зареєстрований у державній службі зайнятості, як такий, що потребує працевлаштування;

- сім'ї, у яких існує ризик передачі дитини до закладів для дітей-сиріт та дітей, які позбавлені батьківського піклування;
- неповнолітні одинокі матері (батьки), яким потрібна підтримка;
- сім'ї, члени яких перебували чи перебувають на державному отриманні.

Основою визначення типу сім'ї, яка перебуває в складних життєвих обставинах, є діагностика виконання сім'єю своїх функцій: *економічної* (заробіток, витрати, розподіл грошей, планування бюджету і т.п.); *репродуктивної* (народження дітей, планування сім'ї, небажана вагітність); *рекреативної* (відпочинок після роботи, відпустка, дозвілля); *господарської* (турбота про дім, підтримка порядку й чистоти), *догляд за житлом* (санітарно-гігієнічні норми); *соціалізуючої* (соціальні вміння, освіта, професія, соціальні навички); *терапевтичної* (взаємопідтримка, прив'язаність, ідентичність). Виконуючи певні функції, сім'я забезпечує свою життєдіяльність. Порушення або відсутність будь-якої конкретної функції, що перешкоджає її життєдіяльності, свідчить про дисфункціональність сім'ї, тобто наявність складної життєвої ситуації.

Показниками визначення того чи іншого типу сімей, які опинилися в складній життєвій ситуації, є рівень самостійності сім'ї у визначенні необхідної соціальної послуги або допомоги, а також характер спрямованості соціальної роботи на певний результат. Як правило, *кризова*, а точніше, *сім'я, яка належить до групи ризику*, сама вибирає послугу, з нею проводиться профілактична робота з метою попередження виникнення проблеми. *Проблемна сім'я* не в змозі самостійно визначити необхідну послугу або допомогу, потребує втручання соціального працівника, їй надаються захисні послуги з метою вирішення існуючої проблеми.

Моніторинг здійснення соціального супроводу сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах, демонструє основні проблеми сімей, які потребують соціальної, соціально-педагогічної допомоги. Умовно їх можна розділити на три групи:

- *матеріальні труднощі* внаслідок безробіття, відсутність житла, необхідність оформлення лікування, матеріальної допомоги пільговим категоріям сімей. Особливо гостро ця проблема постає

для багатодітних сімей, одиноких матерів, сімей, в яких виховуються діти-інваліди, для людей, що втратили працездатність за хворобою, випускників інтернатів, малозабезпечених родин тощо.

- *юридичні проблеми*, які ґрунтуються на елементарному незнанні своїх прав, невмінні спілкуватися з представниками органів державної влади, психологічної незахищеності, брак коштів на відновлення документів таких, як прописка, паспорт, свідоцтво про народження, та оформлення документів на опікунство, захист майнових прав когось із дорослих клієнтів, захист прав дитини при розлученні батьків, оформлення аліментів.

- *психологічні проблеми* (з приводу труднощів перехідного віку, при повторному шлюбі одного з батьків, у разі гіперконтролю з боку батьків, потреби у спілкуванні, насильства з боку одного з членів родини, бездоглядність дитини або де діти під опікою тощо).

З огляду на потребу у визначенні основних видів соціальної допомоги сім'ї, які перебувають у складних життєвих обставинах, можуть бути класифіковані відповідно несприятливих умов або складних життєвих обставин, що негативно впливають на виховання і забезпечення розвитку дітей:

- соціально-демографічні – неповні, багатодітні, сім'ї, що перебувають у процесі розлучення тощо;
- матеріально-побутові – малозабезпечені, сім'ї, де є безробітні тощо;
- медико-соціальні – сім'ї, де є інваліди, алкоголіки, наркомани, психічнохворі тощо;
- психологічні та соціально-педагогічні – сім'ї, де простежується недобра психологічна атмосфера, емоційно-конфліктні взаємини, педагогічна некомпетентність батьків тощо;
- соціально-правові – сім'ї, де простежуються криміногенні прояви способу життя, є раніше засуджені.

Запропонований розподіл складних життєвих обставин дозволяє визначити основні напрямки надання соціальної, соціально-педагогічної допомоги сім'ї відповідно до обставин, що провокують сімейне неблагополуччя.

Основними засадами надання допомоги є:

- сприяння особам, що перебувають у складних життєвих обставинах, які не в змозі подолати за допомогою наявних засобів і можливостей;

- попередження виникнення складних життєвих обставин;
- створення умов для самостійного розв'язання життєвих проблем, що виникають.

Основні *принципи, на яких будується допомога*: адресність та індивідуальний підхід; доступність та відкритість; добровільність вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг; гуманність; комплексність; максимальна ефективність використання бюджетних та позабюджетних коштів суб'єктами, що надають соціальні послуги; законність; соціальна справедливість; конфіденційність, дотримання стандартів якості, відповідальність за дотримання етичних і правових норм.

Основними формами надання соціальних послуг статтею 5 Закону України „Про соціальні послуги” є матеріальна допомога та соціальне обслуговування.

*Матеріальна допомога* надається особам, що знаходяться у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії та особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації.

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

Соціальне обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг:

- за місцем проживання особи (вдома);
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;
- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;
- у територіальних центрах соціального обслуговування;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Відповідно напрямку здійснення соціальної роботи поділяються на види:

*Соціально-побутові послуги* – забезпечення продуктами харчування, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів тощо.

Такі послуги доцільні коли в родині є дуже хворі діти. Якщо хвороба тимчасова – соціальний працівник повинен допомогти сім'ї пройти цей важкий період, забезпечити належне утримання та виховання дітей, збереження сім'ї. При цьому необхідно прийняти рішення про соціальний супровід сім'ї та підготувати план соціального супроводу, в якому розподілити роботу щодо допомоги сім'ї між різними організаціями.

Якщо хвороба дорослих має тривалий характер, дітей (дитину) необхідно передати під тимчасову опіку в сім'ю родичів чи іншу сім'ю, де за ними буде здійснюватися належний нагляд та виховання. Передавати дітей у притулок чи інтернат можна тільки в особливих випадках, коли діти мають такі захворювання чи педагогічну занедбаність.

Соціально-побутові послуги можуть бути складовою соціального супроводу чи кризового втручання. Результатом соціально-побутових послуг буде отримання необхідної допомоги членами сім'ї, насамперед, дітьми, забезпечення її (сім'ї) функціонування при важкій хворобі дорослих членів сім'ї.

*Соціально-економічні послуги* – задоволення матеріальних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, що реалізуються у формі надання натуральної і грошової допомоги, а також допомоги у вигляді одноразових компенсацій.

Порядок надання державної матеріальної допомоги сім'ям з дітьми, які опинилися в складних життєвих обставинах, визначається Законом України „Про державну допомогу сім'ям з дітьми”.

У ході надання соціально-економічних послуг сім'ї соціальний працівник, який здійснює соціальну роботу щодо сім'ї з дітьми, що опинилася у складних обставинах допомагає сім'ї оформити необхідні документи та отримати матеріальну допомогу, яка повинна виплачуватися цій сім'ї відповідно до законів. Причому завданням соціального працівника є допомога, давання вмінь вирішувати проблеми самостійно, а не безпосереднє оформлення необхідних документів. Клієнт повинен зробити це самостійно, у

такому випадку він не тільки одержує гроші, субсидію чи інші форми допомоги, а й отримує навички самостійного вирішення проблем сім'ї через різні заклади і установи.

Результатом надання матеріальних послуг є отримання:

- грошей чи інших форм матеріальної допомоги;
- інформації щодо видів допомоги різним категоріям сімей;
- знань щодо органів, які вирішують проблеми матеріальної допомоги;
- навичок спілкування з представниками державних установ і громадських організацій задля розв'язання проблем сім'ї.

*Соціально-психологічні послуги* – надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад.

Психологічні консультації можуть надавати тільки професійні психологи, які мають достатню компетенцію для надання послуг сім'ям з дітьми. Такі послуги надаються за стандартами надання психологічної допомоги. Одним із видів психологічної допомоги є кризове втручання.

*Соціально-педагогічні послуги* – виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності тощо, а також залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, заінтересованих осіб.

Соціально-педагогічні послуги широко використовуються в практиці соціальної роботи із сім'ями з дітьми, що опинилися в складних життєвих обставинах. Вони можуть бути адресовані, насамперед, дітям із цих сімей. Надаючи соціально-педагогічні послуги, можна домогтися таких результатів:

- *підвищення самооцінки дітей* шляхом досягнення успіхів у різнобічних напрямках, що не пов'язані із сім'єю і навчанням, – участь у спортивних змаганнях, художній самодіяльності, творчості та ін.;
- *позбавлення дітей постійного перебування в негативній обстановці* в сім'ї шляхом організації активного дозвілля;

- *прищеплення навичок організації позитивного дозвілля.*

Для того, щоб змінити стиль життя сім'ї та окремих її членів, необхідно, щоб вони мали вміння позитивного проведення часу, тому всі заходи з організації дозвілля, корисні для всіх членів сім'ї, бо крім навичок вони придбають нових друзів, які, на відміну від їхнього соціального оточення, ведуть позитивний спосіб життя і мають навички самостійного розв'язання проблем.

Одним із найбільш ефективних видів соціально-педагогічних послуг є групи взаємної підтримки (допомоги), які дозволяють клієнтам набути навичок позитивного спілкування, пропонують шляхи вирішення власних проблем з урахуванням досвіду інших, створюють атмосферу взаємної підтримки, надають допомогу для самопомоги.

*Соціально-медичні послуги* – консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особистості, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, трудотерапія.

Змістом соціально-медичних послуг є, насамперед, надання медичних консультацій з питань збереження і зміцнення здоров'я, формування ідеології здорового способу життя й подолання шкідливих звичок, формування сексуальної культури і навичок захищених статевих відносин, профілактика ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних захворювань.

Результатом соціально-медичних послуг є набуття клієнтами – всіма членами сім'ї, а, особливо, дітьми, – знань, умінь і навичок стосовно підтримки, збереження та зміцнення здоров'я, подолання шкідливих звичок.

*Юридичні послуги* – надання консультацій з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, сприяння застосуванню державного примусу і реалізації юридичної відповідальності осіб, що вдаються до протиправних дій щодо цієї особи (оформлення правових документів, адвокатська допомога, захист прав та інтересів особи тощо).

Надавати юридичні послуги можуть професійні юристи, державні службовці різних установ, що мають достатню компетенцію для вирішення проблем сім'ї, працівники соціальної сфери, що мають підготовку з питань юриспруденції.

Результатом надання юридичних послуг є отримання інформації щодо окремих позицій законодавчих актів з питань, що цікавлять клієнта, описання реальних шляхів досягнення виконання закону, а також допомога клієнтам у проходженні цього шляху.

*Послуги з працевлаштування* – пошук підходящої роботи, сприяння у працевлаштуванні та соціальне супроводження працевлаштованої особи.

Ця послуга щодо дорослих членів сім'ї має традиційний характер. Специфічною вона стає при працевлаштуванні неповнолітніх дітей та молоді із сімей, що потрапили в складні життєві обставини. У таких випадках проблема не тільки в процесі працевлаштування, а й у допомозі клієнту здобути навички працівника: навчитися виконувати режим трудового дня, адекватно реагувати на зауваження роботодавця чи керівника, відповідно ставитися до доручень та ін.

Результатом надання послуг із працевлаштування є отримання клієнтами роботи, яка допоможе вирішити економічні проблеми сім'ї, конкретному клієнтові – отримати певний соціальний статус, стати повноправним членом суспільства, підвищити особистісну самооцінку.

*Послуги з професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями* – комплекс медичних, психологічних, інформаційних заходів, спрямованих на створення сприятливих умов для реалізації права на професійну орієнтацію та підготовку, освіту, зайнятість.

Цей вид соціальних послуг надається, зазвичай, дітям у спеціалізованих державних закладах або службах, створених громадськими організаціями й об'єднаннями.

Результатами послуг з професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями є соціалізація дітей з вадами розвитку, їхні професійна орієнтація, освіта й зайнятість у межах фізичних та психологічних можливостей клієнта.

*Інформаційні послуги* – надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги).

Інформаційні послуги мають декілька напрямків.

1. Інформація про існування та координати закладів, які можуть надати послуги сім'ям з дітьми, які опинилися в складних життєвих обставинах і не в змозі їх подолати самотійно. Ця інформація адресована безпосередньо отримувачам послуг і розміщується в доступних місцях: у медичних, освітніх закладах, організаціях соціального захисту, ЗМІ, на різноманітних рекламних носіях.

2. Окремим видом інформації є інформація для дітей із сімей, які мають невирішені проблеми. Для дітей необхідна інформація про місце, де їм та їхнім сім'ям може бути надана допомога, перелік послуг, які надаються, та ін. Така інформація може бути розміщена в місцях скупчення дітей: на дитячих і спортивних майданчиках, у позашкільних закладах, школах, комп'ютерних клубах, кінотеатрах. Місця розміщення інформації для дітей залежать від розмірів поселення і наявності тих чи інших закладів.

Внаслідок проведення такої інформаційної кампанії діти, які проживають у сім'ях з невирішеними проблемами, зможуть звернутися до служб, які допоможуть їм, а, значить – і їхнім сім'ям.

З іншого боку, в усіх дітей з'явиться впевненість у тому, що якщо в них трапиться біда, їм допоможуть, вони знають, до кого звернутися, щоб їм допомогли.

Соціальні послуги можуть надаватися на різних рівнях:

- громади (акції, рекламно-інформаційні кампанії, масові освітньо-виховні та профілактичні заходи тощо);
- групи (школа усвідомленого батьківства; тренінги; волонтерські групи тощо);
- клієнта (консультації, бесіди, інформації тощо).

Залежно від життєвих обставин і потреб соціальну роботу із сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах, поділяють на такі напрямки:

- 1) консультування за зверненням;
- 2) екстрені дії, спрямовані на гарантування безпеки дитини (термінова соціальна допомога, надання притулку, негайне вилучення з родини дітей, що зазнають жорстокого ставлення, перебувають у небезпеці чи залишені без піклування батьків);
- 3) допомога у розв'язанні проблеми, яку сім'я не в змозі подолати самотійно.



У випадку організації соціальної роботи з конкретною сім'єю визначається, яка саме допомога буде надана сім'ї. Умовно визначаються такі варіанти:

- одноразова послуга;
- надання послуг певного соціального плану;
- комплексна допомога.

Надання *одноразової соціальної послуги сім'ї* передбачає здійснення таких етапів: 1) визначення потреб сім'ї; 2) направлення до відповідного спеціаліста; 3) надання відповідної допомоги.

Надання таких послуг не передбачає продовження контактів із сім'єю і фіксується в журналі роботи із сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах. Результатом одноразової послуги є задоволення потреби сім'ї, з якою представник сім'ї звернувся до служби.

*Соціальні послуги певного спрямування.* Надання послуг певного соціального спрямування визначається потребою надання допомоги родині або окремому її члену у вирішенні конкретного питання, що потребує здійснення певних процедур, яке є тривалим у часі. Така діяльність не передбачає залучення спеціалістів інших професій і забезпечується спеціалістами (у тому числі залученими) соціальних служб.

До такого виду робіт належать: оформлення документів, соціальних виплат, пільг; соціально-педагогічна, психологічна корекція; набуття клієнтом певних соціальних навичок: виховання, спілкування, партнерської взаємодії тощо.

*Комплексна соціальна допомога.* Комплексна соціальна робота з сім'єю із дітьми, яка перебуває в складних життєвих умовах, передбачає планову, комплексну роботу спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також залучення до співпраці спеціалістів інших галузей, спрямованих на надання допомоги сім'ї у вирішенні основних проблем, які провокують її неблагополуччя.

Ефективність роботи з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах, багато у чому залежить від правильного вибору форм і методів роботи з ними.

У процесі здійснення роботи з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах, доцільно використовується така класифікація таких методів: соціально-економічні, організаційні (адміністративні), педагогічні, психологічні та соціологічні.

До *соціально-економічних методів* соціальної роботи належать всі існуючі засоби, за допомогою яких соціальні працівники, інші спеціалісти здійснюють вплив на матеріальні, моральні, сімейні, національні та інші потреби й інтереси сім'ї, яка опинилася в складних життєвих обставинах. Це: натуральна та грошова допомога, моральне заохочення, встановлення пілг, здійснення патронажу, соціального супроводу, допомоги в побутовому обслуговуванні.

*Організаційні (адміністративні) методи* розглядаються в управлінському аспекті; їх реалізація можлива за умови наявності відповідних нормативно-правових документів. Це – регламентування (розробка та введення в дію організаційних положень – наказів, типових нормативів діяльності соціального працівника, наприклад, нормативи чисельності сімей з розрахунку на одного соціального працівника, нормативи часу обслуговування); інструктування (роз'яснення завдань, шляхів розв'язання проблем, наслідків неправильних дій членів сім'ї – консультування, інформування), а також сприяння працевлаштуванню; представлення інтересів клієнта на міжвідомчому рівні; контроль та інспектування.

*Педагогічні методи.* Це – методи формування свідомості, спрямовані на формування певних понять, оцінок, світогляду (переконання, навіювання, приклад); методи організації діяльності, спрямовані на формування позитивного досвіду поведінки, дій і вчинків (доручення, соціальне навчання, закріплення позитивного досвіду); методи стимулювання діяльності, націлені на стимулювання особистості до покращання чи зміни своєї поведінки, розвитку мотивації на соціально схвальну діяльність (позитивне підкріплення, змагання); методи самовиховання, що сприяють свідомій зміні людиною власної особистості (самооцінка, самоорганізація, самоконтроль, самокорекція).

*Психологічні методи.* Це – тестування, що дає змогу встановити рівень розвитку у членів сім'ї необхідних знань, умінь, навичок, особистісних характеристик; психодрама, під час якої використовується рольова гра, що дозволяє створити умови для вираження індивідом почуттів, що пов'язані з важливими для нього проблемами; соціограма, що спрямована на аналіз відносин між різними групами людей; ігрова терапія, що передбачає залучення,

перш за все дітей, до різноманітних ігрових ситуацій (розрізняють діагностичні, корекційні, розвивальні та творчі ігри).

На корекцію міжособистісних стосунків між членами подружжя, батьками й дітьми спрямована сімейна психотерапія, у процесі якої робота соціального працівника передбачає пошук і усунення причин емоційних розладів у сім'ї.

Метод впливу на людину за допомогою різних видів художнього та ужиткового мистецтва (малювання, живопис, ліплення, різьба, випалювання тощо) називається *арт-терапія*. Цей метод особливо ефективний, якщо в сім'ї є діти з функціональними обмеженнями. Групові заняття арт-терапією сприяють формуванню комунікативних навичок членів сім'ї.

*Епістолярна терапія* дозволяє здійснити корекцію міжособистісних стосунків між членами сім'ї (лист до батьків, лист до самого себе, лист у майбутнє).

Однією із цікавих психокорекційних технік є *казкотерапія*. Форми казкотерапії, що можна використовувати при роботі з сім'ями: аналіз відомих казок, створення казки „по колу від кожного”, експромтне інсценування казки, вигадкування початку чи кінця казки, створення авторської казки кожним членом сім'ї тощо. Аналіз казок дозволяє соціальному працівникові побачити причини життєвої кризи, оцінити рівень зрушень у реабілітації того чи іншого члена сім'ї та ін.

Великим потенціалом впливу на сім'ю, яка опинилася у складних життєвих обставинах, володіє *соціально-психологічний тренінг* як метод активного навчання.

*Соціологічні методи* – це спостереження, опитування (традиційним методом є дистанційне (по телефону) чи очне інтерв'ю, анкетування, фокус-група), аналіз документів (різновидом цього методу є біографічний метод, що полягає у вивченні особистих документів людини – характеристик, щоденників, листів).

Розрізняють форми та методи *індивідуальної, групової та масової роботи*.

*Основними формами індивідуальної роботи* з членами сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах, є: телефонні розмови, сімейні, індивідуальні візити в сім'ю: планові та без попереджень, зустрічі, інтерв'ювання, тестування, консультація, співбесіда, переадресація, доручення.

До найбільш розповсюджених групових форм належать: бесіда, дискусія, диспут, проведення тренінгів, робота групи взаємодопомоги та взаємопідтримки.

*Масові форми* соціальної роботи з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах: тиждень сім'ї, День-свято, спортивне свято „Тато, мама, я – спортивна сім'я”, акція тощо.

За домінуючим засобом впливу розрізняють: *словесні* (лекції, бесіди, диспути), *практичні* (аукціони, тренінги, ярмарки послуг тощо), *наочні* (соціальна реклама, відеолекторії тощо) форми роботи.

Основним завданням успішної реалізації методів і форм соціального супроводу сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах, є створення системи роботи по оптимальному використанню арсеналу тих форм і методів соціально-педагогічної, соціальної роботи, що пропонує досвід вітчизняної та зарубіжної роботи.

У центрі інтересів соціального працівника, соціального педагога у роботі з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах, знаходиться дитина зі своїми потребами та правами. У структурі технології роботи з такими сім'ями є три рівні: профілактичний, діагностичний і реабілітаційний. Кожен з рівнів має характерні форми та методи роботи.

**Профілактичний рівень.** На цьому рівні діяльність соціального працівника, соціального педагога будується на принципі надання достовірної інформації. Це розробка різних програм педагогічної освіти батьків, що спрямовані на те, щоб вони зрозуміли різницю між допустимою і недопустимою поведінкою; сутність гуманних стосунків між батьками і дітьми; роль матері на ранніх етапах розвитку дитини; вікові кризи дитини; позитивні методи виховання тощо.

Ефективність профілактичної роботи залежить від вибору способу спілкування з сім'єю. Недопустимими є зневажливе ставлення, надто офіційні стосунки, ультиматуми та ін.

Одним із методів профілактичного рівня є спостереження за дитиною. Спостереження за дітьми, а особливо маленькими, підвищує чутливість батьків до різних видів поведінки дитини, веде до їх розуміння. Навчившись спостерігати, батьки зможуть самостійно змінити свою реакцію на поведінку дитини.

**Діагностичний рівень.** Це довготривалий етап, що вимагає неодноразових зустрічей із сім'єю, а також з іншими людьми. Він передбачає збір інформації, її аналіз, „постановку соціального

діагнозу”. На цьому етапі використовуються методи: спостереження, бесіда, анкета, тести, аналіз документації, метод соціальних біографій.

**Реабілітаційний рівень.** Реабілітація – це система заходів, що мають за мету швидке і за можливості повне відновлення повноцінного функціонування сім’ї. Цей рівень складається з трьох підрівнів: індивідуального, групового, рівня громади.

На індивідуальному підрівні реабілітаційної роботи з батьками використовують декілька технологій:

- *консультування.* Консультування відрізняється від навчання тим, що значення мають не стільки знання консультанта, скільки його ставлення до проблеми, що склалася, вплив його на клієнта як особистості. Метод консультування: бесіда, включене спостереження, переконання, схвалення чи засудження, прийом активного слухання та ін.;

- *консультування по телефону.* Етапи консультування по телефону: привітання, знайомство; прийняття (консультант демонструє, що він готовий прийняти інформацію); пропозиція своєї допомоги; дослідження проблеми клієнта; з’ясування, якої допомоги потребує клієнт; пошук спільного рішення; підбиття підсумків, спільний план дій; прощання, висловлювання вдячності за дзвінок;

- *лист-звернення.* Мета такого листа – повідомити інформацію чи запросити її. Це може бути лист-привітання, лист-підтримка клієнта тощо.

*Груповий підрівень.* На цьому рівні організуються і проводяться різні групові форми і методи роботи: бесіди, лекції, диспути, дискусії, збори, тренінги. Значення цих форм у тому, що вони допомагають виявляти проблеми, сприяють їх розв’язанню, розвивають комунікативні навички клієнта.

*Рівень роботи з громадою.* Мета такої роботи – активізувати зусилля людей щодо подолання складних життєвих обставин, виявити конструктивних лідерів. Методи: лекції, дискусії, масові акції. Технології роботи з громадою передбачають виявлення потреб населення, привернення громадської уваги до соціальних проблем, стимулювання громадської благодійності та її рекламування, пропагування цінностей тощо.

Громадська думка, контроль з боку сусідів будуть корисними для сім’ї, особливо якщо їх власних ресурсів для задоволення потреб дитини недостатньо.

У сфері соціальної роботи з сім'єю відновлювальні технології застосовуються для надання соціальної підтримки сім'ям, які опинилися в складних життєвих ситуаціях із метою створення в них належних умов для розвитку та соціалізації дитини й усунення чинників, що призводять її до соціальної дезадаптації.

Різновидами соціальних технологій є: *медіація, сімейна групова нарада, мережева зустріч*.

Метою *медіації* є добровільне та конфіденційне порозуміння сторін у присутності неупередженого, нейтрального медіатора з метою досягнення угоди (примирення) щодо усунення наслідків негараздів (у сім'ї, між сім'єю та громадою, сім'єю та певною установою, сім'єю та її родичами тощо). Зустріч відбувається за добровільної згоди усіх сторін і тільки тоді, коли сім'я визнала необхідність такої зустрічі.

Підготовкою та проведенням зустрічей – процедур примирення – займається спеціальний посередник (медіатор), який виступає у ролі ведучого і є нейтральною особою. Посередник – не суддя і не арбітр. Він не має права нав'язувати сторонам своє бачення проблеми чи свій варіант виходу із ситуації, що склалася. Його мета – допомогти сторонам досягти порозуміння. Ведучий встановлює правила (не вживати образливих висловлювань, слухати один одного, говорити по черзі та ін.), дотримання яких дозволяє зберігати доброзичливу атмосферу під час процедури примирення. Його завдання – полегшити переговори і перевести шквал взаємних звинувачень у визнання несправедливості наявної ситуації. За рахунок використання технік перефразування, виявлення у висловах конструктивної основи, активного слухання, вміння працювати з сильними емоціями та ін. посередник допомагає сторонам висловити почуття і водночас сприяє зниженню агресивності учасників зустрічі та пробудженню в них людяності.

Під час зустрічі сторонам пропонується розповісти свою версію того, що сталося, і яким чином це вплинуло на подальше життя. Кожна сторона має право ставити запитання. Далі вони спільно вирішують, що робити з наслідками. У випадку досягнення домовленостей вони підписують угоду, яка часто відображає подальші шляхи усунення непорозуміння.

*Сімейні групові наради* (СГН) – збори членів розширеної сім'ї та її оточення з метою ухвалення рішення щодо шляхів виходу сім'ї зі скрути. СГН проводяться у випадках, коли є загроза життю

дитини, її здоров'ю, повноцінному розвитку та вихованню, власне, коли в неї формується девіантна поведінка; мала сім'я виявила неспроможність самостійно вирішити проблему або перебуває у кризовому стані; представник соціальної служби має право або можливість ухвалити рішення щодо захисту дитини, проте це не сприятиме посиленню сім'ї або призведе до її руйнування, вилучення дитини із сім'ї або позбавлення її волі. СГН проводиться з ініціативи працівників інтегрованих соціальних служб для вразливих сімей і дітей або служб у справах дітей, організовується незалежним координатором, який має зібрати разом усіх зацікавлених осіб – як членів сім'ї, так і представників її соціального оточення. У сімейному колі, без присутності сторонніх (координатора, фахівців соціальних служб, ініціатора проведення наради) учасники СГН обговорюють проблему сім'ї та розробляють план її вирішення за допомогою власних ресурсів.

Запровадження технології сімейних групових нарад сприяє соціальній єдності в суспільстві, тому що громадяни, які вступили у конфлікт із суспільством, мають можливість самі знайти рішення в межах своєї сім'ї та своєї культури. Таким чином:

- активізується потенціал сім'ї та її соціального оточення;
- створюється можливість дуже точно визначити і задовольнити потреби людей;
- втручання у процес догляду за дитиною та її виховання відбувається від імені сім'ї та її соціального оточення, що робить його більш прийнятним;
- сім'я залишається відповідальною за проблему, її члени зберігають контроль над власною життєдіяльністю;
- рішення знаходять у рамках культурного середовища цієї сім'ї, дитина (підліток) залишається частиною сім'ї;
- рішення щодо дитини (підлітка) ухвалюються разом із нею, сім'єю та її соціальним оточенням;
- розроблений план має значну довготривалу підтримку;
- співпраця між сім'ями та працівниками служб соціального захисту стає ефективнішою;
- соціальні працівники займаються своїми справами та нічого не вирішують за інших;
- це є важливим внеском до підвищення статусу сім'ї.

Можна визначити чотири особливості сімейних групових нарад:

1. Це – модель для ухвалення рішень.
2. СГН є зборами сім'ї та членів її соціального оточення, які самі за неї відповідають (на ній присутні „свої” люди, вони самі визначають місце та час її проведення, самі розробляють план), тому сім'я не втрачає контроль над власною життєдіяльністю.
3. Координатор СГН є незалежним. Це означає, що він не працює для установи або організації, які ухвалюють рішення щодо сім'ї, тож він жодним чином не зацікавлений у тому чи іншому результаті СГН.
4. Сім'я має право отримати необхідну інформацію, обговорити проблему й ухвалити рішення без присутності сторонніх осіб, а розроблений нею план має обов'язково прийматися, якщо тільки він не є небезпечним або не суперечить законодавству.

Ефективною технологією соціальної роботи з дитиною, сім'єю та їхнім найближчим оточенням (сіткою її соціальних контактів) є мережева робота, що здійснюється переважно у формі мережеских зустрічей. Ця технологія широко розповсюджується у різних країнах і пов'язана з тим, що для досягнення стійких змін необхідно працювати не лише з дитиною, її сім'єю, а й з їхнім соціальним оточенням.

Мережева робота базується на гуманістичному і цілісному підходах. Метою мережескої зустрічі є залучення самих дітей, які опинилися у життєвій скруті, і їхніх батьків до терапевтичної роботи, в ході якої соціальні працівники допомагають сім'ї знайти ресурси для розв'язання певної проблеми. Мережева зустріч – це ефективний спосіб встановлення стосунків між дітьми, їхніми батьками та іншими родичами. Звернення до найближчого оточення (друзів, родичів, сусідів, учителів та ін.) у складній ситуації має стати природною реакцією сім'ї, яка хоче подолати життєві негаразди.

Типовими помилками соціального працівника, соціального педагога під час роботи з соціальною мережею сім'ї є:

- ігнорування інших служб, організацій, не залучення їх до соціального супроводу;
- зосередження на якомусь одному із секторів сітки й ігнорування інших;
- невміння бачити ключові елементи сітки для ефективної роботи із сім'єю;
- брак навичок і вмінь активізації соціальної мережі для допомоги конкретній сім'ї;



- брак навичок активізації самої сім'ї;
- недооцінка важливості професійної роботи із соціальною мережею сім'ї.

Налагодження тісної й ефективної взаємодії елементів соціальної мережі здійснюється шляхом:

- встановлення чи відновлення контактів між елементами формальної системи підтримки;
- усвідомлення проблеми, вироблення єдиної мети, що зробить контакти регулярними;
- складання спільного плану дій – розподіл ролей та обов'язків;
- виконання плану дій.

Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'єю, яка опинилася у складній життєвій ситуації, визначає основні етапи роботи з сім'єю:

- 1) виявлення сімей;
- 2) соціальне інспектування;
- 3) визначення потреби сім'ї у соціальному супроводі на засіданні дорадчого органу;
- 4) соціальний супровід сім'ї;
- 5) припинення соціального супроводу.

Розглянемо окремі етапи роботи детальніше.

*Інформація* про сім'ї з дітьми, які опинилися в складних життєвих обставинах, може бути отримана зі звернення чи заяви одного із членів сім'ї. Таку інформацію можуть надати організації, установи, підприємства, які за змістом своєї роботи причетні до дітей: селищні ради, міські та районні державні адміністрації, органи охорони здоров'я, освіти, внутрішніх справ, установи виконання покарань, житлово-комунальні установи та ін. Усі вони повинні терміново, у триденний строк після отримання, передавати таку інформацію за певною формою в місцевий орган влади, на який законодавче покладений захист прав дитини. Несвоєчасне надання або ненадання інформації про неблагополуччя сім'ї, яке може призвести до погіршення стану здоров'я чи розвитку дитини, порушення його прав, розглядається як ознака професійної некомпетентності з подальшим вирішенням питання про відповідальність посаді, яку займає фахівець.

Якщо стан справ в сім'ї загрожує життю чи здоров'ю дитини, інформація повинна передаватися негайно до органів внутрішніх

справ. Інформація про неблагополуччя в сім'ї з дітьми може бути надана пересічними громадянами.

Для забезпечення своєчасного отримання інформації про неблагополуччя в сім'ях з дітьми в державному органі, якій відповідає за захист прав дитини, соціальній службі чи іншій установі (за рішенням місцевих органів влади), організується робота щодо отримання інформації фахівців та громадян. Вся отримана інформація передається до центрів соціальних служб у справах сім'ї, дітей та молоді. Представники центрів мають підґрунтя для здійснення перевірки інформації, соціального інспектування таких сімей з метою вивчення реального стану справ.

*Перевірка інформації* про наявність неблагополуччя в сім'ях з дітьми здійснюється державним органом, якій відповідає за захист прав дитини, соціальною службою чи іншою установою (за рішенням місцевих органів влади).

Перевірка інформації про наявність складних життєвих обставин у сім'ях з дітьми може здійснюватись безпосередньо працівниками державного органу, якій відповідає за захист прав дитини, соціальною службою чи іншою установою, яку місцеві органи влади визначили відповідальною за цей напрямок діяльності, а також доручатися органам місцевого самоврядування (головам сільських рад, міських виконавчих комітетів та ін.).

У ході перевірки інформації про сім'ю підготовлений фахівець чи представник місцевого самоврядування (також попередньо навчений) відвідує сім'ю, ознайомлює її членів з отриманою інформацією, вивчає стан справ. У вивчення ситуації обов'язково входить розмова з батьками, дітьми, найближчим оточенням.

У результаті перевірки інформації, що надійшла до органів влади, підтверджується чи скасовується факт наявності проблем, з якими сім'я з дітьми не може впоратися самотійно. Інформація про стан справ у сім'ї (за затвердженою формою) передається до місцевих органів влади чи соціальних служб для прийняття рішення щодо подальшої роботи з сім'єю.

*Соціальне інспектування* сімей з дітьми, що опинилися у складних життєвих обставинах, – це візит до сім'ї (з попередженням чи без нього) групи уповноважених осіб з метою ознайомлення зі станом справ у сім'ї, насамперед, – стану утримання, розвитку й виховання дітей (дитини). Соціальне інспектування здійснюється працівниками служб у справах дітей, центрів соціальних служб для

сім'ї, дітей та молоді, інших закладів, які надають соціальні послуги, представниками органів місцевого самоврядування, громадськості й, за необхідності, працівниками служби дільничних інспекторів міліції, кримінальної міліції у справах дітей.

Соціальне інспектування може здійснюватися для перевірки інформації про неблагополуччя в сім'ї з дітьми, мати плановий характер або здійснюватися для оцінювання сім'ї щодо можливого влаштування дитини-сироти або дитини, що залишилася без батьківської опіки.

Під час соціального інспектування вивчаються (за затвердженою формою) такі складові життєдіяльності сім'ї, як наявність дорослих в родині, умови проживання, санітарний стан приміщень, наявність харчування, стан здоров'я дитини, стан здоров'я й наявність шкідливих звичок дорослих членів сім'ї, взаємовідносини між членами родини та ін.

Результатом соціального інспектування є знайомство представників державних органів та громадськості з реальним станом справ у сім'ї, яке дає підстави для формування висновків щодо:

- безпеки/небезпеки перебування дітей (дитини) в родині;
- необхідності вилучення дітей (дитини) із сім'ї й прийняття екстрених дій для їх (її) тимчасового влаштування;
- необхідності початку падання соціальних послуг з метою вирішення існуючих проблем;
- констатації наявності нормальних умов для розвитку та виховання дітей.

Формальним результатом соціального інспектування є акт обстеження житлових приміщень, у якому описують ситуацію та висновки учасників соціального інспектування щодо конкретної сім'ї. Акт складається в кількох екземплярах – для кожної організації, представники якої брали участь у соціальному інспектуванні, один екземпляр акту повинен залишитися в сім'ї.

Результатом соціального інспектування для сімей, де вже виникли певні проблеми, але члени родини їх не усвідомлюють, є можливість спілкування з фахівцями, усвідомлення наявності проблем, своєчасного отримання допомоги.

*Перший візит соціального працівника, соціального педагога у сім'ю.* Перший візит у сім'ю не може збігатися в часі з проведенням соціального інспектування. Соціальне інспектування та аналіз

інформації дотичних організацій стають підґрунтям для підготовки до першого візиту в сім'ю.

Перший візит проводить кваліфікований спеціаліст із соціальної роботи з метою:

- налагодження контакту із сім'єю;
- зняття недовіри і психологічного захисту щодо можливого втручання в сім'ю,
- вивчення стану дітей (дитини) та ставлення до них (неї);
- вивчення думки членів сім'ї про проблеми і потреби родини, шляхи їх подолання;
- виявлення ресурсів сім'ї та її найближчого оточення;
- інформування сім'ї про соціальні послуги, які вона може отримати;
- пояснення стосовно кваліфікації фахівців та забезпечення конфіденційності соціальних послуг;
- отримання згоди на подальше співробітництво.

Основне завдання фахівця при першій зустрічі – не звинувачувати сім'ю в негативних проявах і недбалому ставленні до дітей, не залякування вилюченням дітей, не обіцянки про якнайшвидше вирішення проблем, а розуміння реального положення дітей, ресурсів сім'ї, наявності підґрунтя для початку надання соціальних послуг.

Якщо наслідки візиту позитивні, фахівець із соціально-педагогічної, соціальної роботи:

- налагоджує контакт із членами сім'ї;
- отримує інформацію щодо становища дітей та бачення і сприйняття сім'єю своїх проблем;
- отримує інформацію про наявні й потенційні ресурси сім'ї, її готовність до співпраці.

У разі, коли контакт не встановлений, фахівець повинен звернутися до керівництва соціальної служби по допомогу, разом проаналізувати хід розмови, виявити помилки, невикористані можливості. Керівництво служби вирішує, яким чином можна повторити зустріч із сім'єю і хто це буде робити.

У випадку позитивного варіанту результатом першої зустрічі для сім'ї буде:

- розуміння того, що існує установа, яка розуміє їхні проблеми, хоче допомогти, пропонує свою допомогу;
- надія на те, що проблеми сім'ї можуть бути вирішені;

- готовність активно отримувати соціальні послуги.

За підсумками першого візиту складається звіт.

*Збір і аналіз інформації про сім'ю.* Інформацію про стан справ в сім'ї з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, можна отримати як від самих членів сім'ї, так і з інших джерел:

- від окремих громадян;
- від окремих організацій, установ, підприємств;
- від сільських, селищних, міських рад;
- від житлово-комунальних служб;
- від органів охорони здоров'я;
- від органів освіти;
- від органів внутрішніх справ, органів виконання покарань;
- інших закладів і установ.

Джерело надходження інформації й сама інформація про сім'ю фіксуються в особовій справі сім'ї, яка перебуває в складних життєвих обставинах. Вся подальша робота з сім'єю, спостереження соціальних працівників, результати супервізії фіксуються в цьому документі. Особиста справа є документом конфіденційним. Після закінчення роботи з сім'єю вона повинна зберігатися в архівах установи.

Завдання збору інформації – цілісне вивчення всієї сфери зв'язків сім'ї. Тобто, не лише членів родини, а й усієї системи, причетної до ситуації (наприклад, зв'язків і взаємин, що походять від структури навчання, роботи, дозвілля, оточення за місцем проживання, родичів тощо).

До проведення діагностування соціальному педагогу, соціальному працівникові варто залучати членів сім'ї та її соціального оточення. Особливо важливо спільно проводити діагностування так званої „неблагополучної, кризової” сім'ї, де батьки зловживають спиртним, ведуть аморальний спосіб життя; неповної сім'ї; сім'ї, де між батьками, батьками й дітьми постійно виникають конфлікти; сім'ї з низьким морально-культурним рівнем батьків; зовні благополучні сім'ї, де за нормальних економічно-побутових умов і наявності обох батьків складаються несприятливі умови для виховання дітей унаслідок педагогічної неосвіченості та низької педагогічної культури батьків.

Існують різні методи діагностики сім'ї, сімейних стосунків, внутрішньої взаємодії. Як правило, методи діагностики можуть слугувати і методами роботи з сім'єю. Серед них розрізняють:

сімейну реконструкцію, генограму, сімейну розстановку, образи-спогади, сімейну скульптуру і сімейну хореографію, психодраматичне переживання ситуації, метафоричний вираз сім'ї, системно-структурна розстановка тощо.

До найбільш ефективних методик діагностування сім'ї відносять:

- визначення сімейного простору (E. Coppersmith), сімейна скульптура (P. Papp, O. Silverstain, E. Carter) і сімейна хореографія (D. Kantor, B. Duhl, F. Duhl, P. Papp), що дають можливість визначити актуальні внутрішні сімейні проблеми, конфлікти;
- сімейну реконструкцію за фотографіями (C. Anderson, E. Malloy), роботу з образами-спогадами (W. Morris), що дозволяють вивчити вплив минулого на сучасний стан сімейних стосунків;
- системно-структурне розташування (Insa Sparrer, Matthias Varga von Kibed), за допомогою якої можна визначити проблеми, сумніви, „темні” плями сімейної історії, переконання, сімейні цілі тощо.

Слід зазначити, що діагностика сім'ї передбачає й дослідження її динаміки, а саме: зовнішніх та внутрішніх кордонів сім'ї; структури влади; емоційності; цінностей і переконань; ролей; стилю спілкування; сильних сторін сім'ї – все це дає змогу визначити, як члени сім'ї спілкуються між собою; чи існує рівновага у сімейних відносинах (гомеостаз); чи є неписані правила щодо прав, обов'язків, поведінки членів сім'ї; наскільки сім'я здатна ухвалювати рішення (гнучкість) тощо.

У соціальній, соціально-педагогічній роботі з сім'ями, що опинилися у складних життєвих обставинах, важливо виявити ключову проблему, яка має певні ознаки, часові рамки, кордони втручання спеціаліста.

До методів виявлення ключової проблеми сім'ї можна віднести: вміння визначити причину і наслідки; вміння відрізняти інформацію від емоцій (деякі факти – емоційні, але не інформаційні); вміння бачити інформацію з різних кутів зору (сусіди, вчитель, соціальний працівник тощо); враховувати думки і вислови оточення; вміння бачити і аналізувати сім'ю як систему, яка функціонує з уже визначеними взаємостосунками.

При визначенні ключової проблеми сім'ї необхідно враховувати ознаки, що є показниками наявності декількох проблем, а саме: сім'ї, де батьки страждають на алкоголізм; де батьки –

безробітні; сім'ї, які розпадаються; неповні сім'ї; сім'ї де батьки-інваліди. Необхідно також враховувати ознаки дисфункціональності сім'ї: *дитина без догляду* (прояви – слабка система спілкування; ізольованість між членами сім'ї; відсутність відповідальності; емоційна замкнутість; відсутність емпатії; недостатня увага до дитини, її розвитку і життю); *експлуатація в сім'ї* (прояви – нав'язування дитині батьківської ролі; очікування від дитини емоційної прив'язаності до батьків; відсутність кордонів, у тому числі сексуальних, між батьками і дітьми; батьки не забезпечують розвиток дитини, її розростання, становлення, формуванню поглядів на світ; батьки неспроможні відділити своїх потреб від потреб дитини); *дитина – потенційна жертва* (прояви батьківської розлюченості; строгі вимоги до дисципліни; дитина – „симптом неблагополуччя”; нереальні вимоги до дитини; вимоги підкорення; непослідовна поведінка батьків щодо дитини: від приниження до ідеалізації); *насильство над дитиною* (сексуальне, психологічне, економічне, фізичне); *відсутність у батьків* знання про потреби-проблеми дитини; ізольованість сім'ї тощо.

У відповідності до законодавства інтереси дитини є першочерговими. Оцінка потреб дітей у сім'ї, яка опинилася у складних життєвих ситуаціях, має таку ж логічну структуру як і оцінка потреб сім'ї. Оцінка потреб дитини проводиться з перспективною метою найбільш ефективного забезпечення її всебічного розвитку, визначення конкретного виду послуг та допомоги, яку потребує саме ця дитина. До переліку основних аспектів життя дитини, що мають діагностуватися, відносять: структуру сім'ї (найближчого оточення) і демографічні характеристики; основні події або кризи в історії сім'ї (наприклад, розлучення, смерть, міграція тощо); культурний і соціально-економічний статус сім'ї; важливі події, що були у період народження дитини, й основні етапи її життя; проблеми дитини, пов'язані зі здоров'ям; особливості навчання дитини; сучасне освітнє середовище дитини; адаптаційна поведінка дитини і її соціальні контакти і взаємодія; ресурси, що має (або може знайти) сім'я.

Всебічна діагностика дає реальну можливість розробити стратегію втручання в існуючу ситуацію з метою стабілізації стану сім'ї, відновлення її функцій, формування відповідального батьківства, запобігання фактам жорстокого поводження та

забезпечення прав дитини виховуватися в безпечному сімейному середовищі.

*План надання соціальних, соціально-педагогічних послуг.* Уже під час оцінки ситуації і потреб сім'ї та її окремих членів соціальний працівник, соціальний педагог інформує клієнтів про необхідність розробки плану співпраці. При цьому важливо визначити пріоритети діяльності, адже більшість проблем мають багатосторонній характер. Важливо, щоб клієнти брали активну участь у визначенні пріоритетів, тобто тих завдань, які слід вирішити насамперед.

Плануються методи, засоби втручання, можливі варіанти розвитку ситуації. За потреби і можливості (наявності психолога), планується використання різних технік психологічної підтримки (наприклад, методика вербалізації емоційних станів, програвання ролей один одного, методика опосередкованого сімейного спілкування тощо).

Особливо важливо правильно спланувати стратегію пошуку порушень у сім'ї та їх корекції, тобто передбачити основні напрямки співпраці з клієнтом, мету, завдання й бажані результати на весь час роботи. Цьому сприяє узагальнення даних, зібраних раніше під час діагностики, їх аналіз та виявлення думок усіх учасників процесу планування, документування і подальшої реалізації соціальної роботи з клієнтом.

*Умови початку надання послуг.* Основним критерієм прийняття рішення про допомогу сім'ї є бажання членів родини змінити ситуацію на краще і реальна оцінка ситуації, впевненість соціального працівника в тому, що допомога у вирішенні окремих питань змінить становище родини. Соціальна служба бере на себе розв'язання не всіх проблем сім'ї, а лише тих, з якими родина не може справитися самостійно, що і призводить до кризового стану.

*Реалізація соціальних послуг.* Після того, як план сформований, починається його реалізація. У цьому процесі беруть участь обидві зацікавлені сторони (соціальна служба і сім'я). Кожна бере на себе те завдання, яке їй під силу. На цьому етапі для клієнта особливе значення мають ситуації успіху. Завдання соціального працівника, соціального педагога – дати кожному клієнту можливість пережити радість досягнення мети, повірити в себе.

Реалізація плану передбачає застосування різноманітних процедур з обраної послідовності використання методів та засобів допомоги, їх зміст залежить від конкретного випадку. На цьому



етапі соціальний працівник, соціальний педагог прагне налагодити зв'язки між сім'єю та іншими місцевими службами й установами, які можуть і повинні надалі надавати постійну допомогу сім'ї. Він інформує ці служби про потреби сім'ї, а сім'ю – про види допомоги та послуги, які вона може отримувати від цих служб.

*Завершення надання соціальних послуг.* У разі, якщо сім'я, що отримує соціальні послуги, без поважних причин не виконує вимоги для їх одержання, суб'єкт, що надає послуги, вносить письмове попередження про можливість відмови від надання їх.

Таким чином, сім'я є прикладом унікального поєднання різнопланових збалансованих характеристик. Саме завдяки здатності до врегулювання вона є найгнучкішим елементом соціальної структури, здатним швидко реагувати на внутрішні та зовнішні впливи. Проблема благополуччя сім'ї надзвичайно важлива як для кожного індивіда, так і для держави, суспільства загалом.

**Ключові поняття:** складна життєва ситуація, сім'ї з дітьми, які опинилися в складних життєвих обставинах, соціальні послуги, соціальна допомога, соціальна підтримка, медіація, сімейна групова нарада, мережева зустріч, соціальний супровід, кризове втручання.

**Питання та завдання:**

1. Визначити категорії сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах.
2. Розкрити види соціальних послуг, що надаються сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах.
3. Визначити форми робіт із сім'ями, які застосовуються під час надання соціальних послуг.
4. Охарактеризуйте основні етапи надання соціальних послуг сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах.
5. Доведіть значення соціального працівника у наданні допомоги сім'ї, яка опинилася в складних життєвих ситуаціях.

**Практичне завдання.** Запропонувати план роботи соціального педагога, соціального працівника з сім'єю, яка опинилася у кризовому стані.

## **1.2. Соціально-педагогічна робота з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями**

Світове співтовариство приділяє велику увагу вирішенню проблеми інвалідності, що вже сьогодні набула загально планетарної значущості та продовжує загострюватися. За статистикою Всесвітньої Організації Охорони здоров'я при ООН кожний десятий мешканець Землі є інвалідом. У зв'язку з погіршенням екологічного стану у багатьох країнах світу, неповноцінним харчуванням, технізацією суспільного життя і травматизмом, що є наслідком різних причин, кількість інвалідів зростає. Тому, однією з найбільш актуальних проблем соціальної роботи на сьогоднішній день є проблема роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями.

Сім'я – найближче й перше соціальне оточення, з яким стикається дитина. Поява дитини з обмеженими можливостями діє на батьків пригнічено. Якщо народження здорових дітей привносить в життя сім'ї нове, не випробувану до цього насолоду людського буття: переживання почуття радості, гордості, ніжності, то народження дитини з дефектом, розцінюється як життєва катастрофа. На цьому ґрунті часто виникають між подружжям конфлікти. Чимало випадків, колу батьки відмовляються від таких дітей, залишають їх у пологових будинках або передають на виховання у спеціалізовані установи.

Народження дитини з обмеженими можливостями діють на різних батьків неоднаково, але в більшості своїй проявляється як найсильніший психологічний стрес, наслідком якого може бути виникнення так званого травматичної неврозу, тобто порушення функціонування психіки в результаті пережитого шоку. Більшість батьків поступово знаходять сили, щоб повернутися до повсякденного життя і зайнятися вихованням дитини. Виділяють чотири основні періоди, які протікають у психологічному стані батьків, що викликаний народженням дитини з обмеженими можливостями.

*I період* – стан стресу, розгубленості, повної пригніченості. У батьків падає самооцінка, виникає відчуття провини. У цей період сім'я дуже потребує особливої уваги та підтримки соціального оточення і фахівців. Фахівцям важливо також знати, що в такому емоційному стані батьки не спроможні сприймати великої кількості

інформації, а то й взагалі можуть забути почуте – і це потрібно враховувати, проголошуючи діагноз дитини.

Також цей період може характеризуватися, як спосіб „повернути все як було” сім'я може розглядати і можливість відмовитись від дитини. На жаль, до цього часто підштовхують сім'ю і фахівці, і соціальне оточення.

*II період* – перехід стресового стану в негативізм, заперечення, перенесення вини на інших, частіше всього на медичний персонал, який не вміє, на їхню думку, надати матері в потрібний момент допомогу. Цей період полягає у повному чи частковому запереченні реальності діагнозу дитини. Його суть у відмові прийняти болючу реальність та відпустити мрії і очікування принаймні до того моменту, доки не акумулюється внутрішній ресурс подивитися в очі реальності та пробувати адаптуватися до неї, вчитися жити з нею.

Заперечення може мати різні форми – від повної відмови, що з дитиною щось не так і їй потрібна медична допомога, до часткового заперечення серйозності діагнозу дитини. Фахівцям важливо усвідомлювати захисну функцію заперечення: батьки не просто неосвічені чи неуважні до того, що їм кажуть фахівці – вони почули інформацію, просто тимчасово витіснили почуте зі свідомості. Фахівцям важливо розуміти цю функцію заперечення як емоційного буфера при раптовому зіткненні з несподіваною, приголомшливою реальністю. І тут ані жоден інформаційний тиск на батьків, ані очевидні задокументовані докази неповносправності не відіграють своєї ролі – механізм заперечення функціонує незалежно від форми неповносправності. Тому в цей період дуже важлива освіта батьків: надання батькам інформації про природу захворювання та ефективні (неефективні) методи лікування і реабілітації.

Інший вияв заперечення – це уникнення батьками розмов про хворобу дитини, ігнорування чи приховування її виявів, вираження своєї незгоди з думкою фахівців аж до конфліктних звинувачень останніх у некомпетентності та відмови від послуг. У крайніх формах заперечення може набути характеру уникнення всього, що нагадує про неповносправність дитини – від розмов про це між подружжям аж до уникнення контактів з дитиною через надмірне занурення у якусь діяльність поза домівкою. Часто заперечення реальності супроводжується одночасним напівсвідомим знанням про реальність хвороби та адекватними діями щодо потрібної дитині реабілітації і терапії. У таких випадках воно не створює спеціальних проблем для

фахівців щодо мотивування сім'ї до участі в реабілітаційних програмах. Інколи ж заперечення стає джерелом конфліктної напруги в стосунках батьки – фахівці й у таких ситуаціях треба застосовувати спеціальні тактики. Однак, як би важко не було фахівцям працювати з батьками на цьому періоді заперечення – спроби передчасно „зламати” його не дадуть результату. Якою б дивною та ірраціональною не здавалася поведінка батьків, важливо усвідомлювати, що за запереченням ховаються почуття болю та відчаю, з якими наразі батьки не готові зустрітися, і заперечення дає їм необхідний час підготуватися до цієї зустрічі.

Тривалість другого періоду в різних сім'ях різна. Нормальна динаміка другого періоду виявляється у поступовому зменшенні ступеня та інтенсивності заперечення і щораз більшому усвідомленні реальності та відкритті адаптаційних шляхів пристосування до неї. Втім часткове заперечення, неприйняття деяких аспектів реальності може тривати роками.

*III період* – усвідомлення реальності. У цей період дуже важливо усвідомити реальність обмежень, пов'язаних з неповносправністю, усвідомити втрату можливостей – і для дитини, і для усієї сім'ї. У цей період відбувається процес прийняття і примирення з цими втратами – бо власне без прийняття і примирення неможливий подальший рух до реалістичної адаптації, до відкриття невтрачених, а наявних можливостей до щастя, до самореалізації.

У деяких батьків може розвинути повний клінічний синдром депресії. Природно, до такого стану схильна мати, оскільки практично постійно знаходиться з дитиною (батько, якщо він залишився в сім'ї, більше зайнятий її матеріальним забезпеченням). Як показують клінічні дослідження, разом з депресією у матерів помічаються астеничні явища: головні болі, болі в грудях, коливання артеріального тиску, що з часом збільшуються. Жінка стає більш замкнутою, утрачає інтерес до тих, хто оточує, у неї помічається постійна млявість, дратівливість, образливість, нестриманість та ін.

Багато сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями з соціальних причин змушені хронічно перебувати у цьому періоді, роками переживаючи пригніченість, відчай, безнадію. Брак соціальної підтримки, соціальна стигматизація, недоступність систем послуг, які могли надати сім'ї та дитині належну психосоціальну підтримку та реабілітацію, не дають змоги багатьом

сім'ям віднайти реальні шляхи адаптації до неповносправності та повноцінного життя з нею в таких соціальних умовах. Примирення потребує також зміни системи цінностей та життєвих орієнтирів, а це завдання має не так індивідуальний, як соціальний характер.

*IV період* характеризується як емоційне полегшення: негативні почуття вже не такі сильні, є відчуття примирення; уже немає постійних порівнянь, думок про те, як все могло бути. Є об'єктивне сприйняття реальності обмежень дитини, а також реальні очікування щодо майбутнього. Батьки вже можуть без болю говорити про ці обмеження та переносити увагу на наявний потенціал, можливості, можуть інвестувати ресурси в їхню реалізацію. Батьки починають цілеспрямовано слідувати порадам фахівців, прагнучи дотримуватися відповідної програми виховання дитини. Песимізм та відчай відступають перед збалансованим сприйняттям майбутнього.

У характеристиці цього періоду М. Селигман та Р. Дарлинг подають такі важливі критерії:

- 1) у стосунках із дитиною батьки вже можуть віднайти баланс між опікою, допомогою та підтримкою / сприянням незалежності;
- 2) батьки можуть нормально дисциплінувати дитину без надмірного почуття провини;
- 3) батьки можуть мати особисте життя та реалізувати власні інтереси, безпосередньо не пов'язані з дитиною-інвалідом.

Природно, що в різноманітних випадках відзначені періоди можуть протікати з різним ступенем виразності внутрішніх станів.

*Також існують різні стилі ставлення батьків до дітей з обмеженими можливостями у сім'ї. Під стилем батьківства розуміється складний, динамічний процес, який визначається та модифікується багатьма факторами, такими як особистість батьків, їхній вік, стан психічного здоров'я, подружніх стосунків, стать, порядок народження дитини та іншими її характеристиками.*

Відношення батьків до дітей з обмеженими можливостями можна виокремити у наступні блоки.

1. Батьки, які глибоко переживають таке горе (народження дитини з обмеженими можливостями), оточують її надмірною увагою, опікою, звільняють навіть від посильних обов'язків. Доброта цих батьків не приносить користі дитині. Навпаки, надмірна опіка позбавляє її самостійності й можливості пристосуватися до складних

життєвих ситуацій, оскільки не сприяють вихованню потрібних навичок. У цих випадках діти ростуть пасивними, несамостійними, невпевненими в собі, егоцентричними. Для них характерна психічна й особливо соціальна незрілість, яка охоплює всі сфери діяльності дитини та перешкоджає її соціальній адаптації. Тому, завдання фахівців – показати, підказати батькам можливості дитини і її потребу в самостійності для розвитку власних можливостей, формування ініціативності та відчуття власної компетентності, а, отже, і позитивної самооцінки загалом.

2. Не бажаючи змиритися з неповноцінністю дитини, батьки завищують її можливості, не хочуть помічати її вади. Це призводить батьків до самозаспокоєння, ослаблення уваги до дитини. Батьки люблять не саму дитину, а її відповідність своєму внутрішньому образу. Іноді вони самі починають вчити з дитиною букви, цифри, роблять спроби навчити її англійських слів тощо. Такі „знання” виявляються зовсім неосмисленими, механічними й непотрібними, але час і зусилля, що їх марно витрачають на здобуття знань, можна було б використати на більш важливе для дитини – підготовку до посиленої праці, на вироблення позитивних звичок тощо. Це призводить до невротичних станів, стимулює розвиток рис тривожно-довірливої (психоастинічної) акцентуації характеру.

3. Спостерігаються також випадки, коли батьки, соромлячись неповноцінності дитини, практично ізолюють її від людей, не відвідують з нею громадських місць – кіно, театрів, навіть відмовляють їй у прогулянках. Позбавлена життєвих вражень, дитина розвивається особливо повільно, росте тупою, затурканою, боязливою, невпевненою в собі, егоїстичною, некоммунікбельною.

4. До дитини в сім'ї дуже погано ставляться. Постійно підкреслюють її неповноцінність, висміюють, дають образливі прізвиська, клички, постійно порівнюють з іншими дітьми, що призводить до роздратованості, упертості, грубості, пригніченого стану. Батько, який підсвідомо „знехтує” своєю хворою дитиною, може епізодично допускати з нею грубе поводження, а іноді й фізичні покарання. Особливо несприятливий вплив на хвору дитину можуть надавати такі форми психологічного знехтування, які примушують дитину думати, що вона „погана”, „негідна батьківської любові та уваги”. У цих випадках у дітей формується зниження настрою, знижена самооцінка, невпевненість у собі, пасивність.

„Знехтувані” діти страждають від нестачі емоційно-позитивної стимуляції з боку батьків. Це ще більшою мірою викликає в них затримку розвитку мовлення й соціальних навичок, збільшує затримку розвитку активних пізнавальних форм поведінки й допитливості. У цих дітей частіше спостерігається знижений настрій, схильність до депресивних станів.

Батькам важливо пам'ятати, що „шрами” в душі дитини залишають не тільки фізичні покарання, але й психологічне її знехтування. Психологічне знехтування підсилює або зумовлює моторну та інтелектуальну недостатність дитини, формує в дитини підвищену тривожність, схильність до страхів і фантазій, посилює труднощі в навчанні, сприяє порушенню сну, апетиту. Залежно від стилів ставлення батьків до дитини з обмеженими можливостями в сім'ї формуються різні моделі сімейного виховання.

При цьому кожна сім'я, де виховується дитина з обмеженими можливостями, стикається з низкою проблем. Умовно існуючі проблеми можна поділити на кілька основних різновидів (проблеми, пов'язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення; проблеми інформаційного забезпечення; проблеми нормативно-правового забезпечення; проблеми освіти; проблеми спілкування), хоча в реальному житті більшість проблем переплітаються, діють у комплексі, є взаємопов'язаними, інколи – взаємообумовленими, такими, що підсилюють дію одна одної. Зупинимося на них.

*Проблеми, пов'язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення.* Значна частина дітей з обмеженими можливостями народжується в сім'ях, які ще до народження дитини мали невеликий достаток. Факт народження в таких сім'ях дітей з обмеженими можливостями з перших тижнів після встановлення діагнозу ще більше ускладнює матеріальний стан, часто ставить сім'ю на межу зубожіння. Ще більше погіршують ситуацію випадки розлучення батьків у перші роки після народження дитини. Як правило, мати не в змозі працювати, тому що дитина потребує постійного догляду.

Основні проблеми пов'язуються з фінансовою недоступністю поліпшення житлових умов, браком коштів для придбання харчування, медпрепаратів, корекції та контролю стану здоров'я, предметів і послуг для задоволення культурних потреб та ін. Ці проблеми пов'язані із малими розмірами пенсії та допомоги по догляду за дитиною. Законодавство практично не захищає таких

матерів, незважаючи на те, що доглядаючи дітей з обмеженими можливостями вдома, вони заощаджують чималі бюджетні кошти, потрібні для утримання дитини в державній установі.

*Проблема інформаційного забезпечення.* Після встановлення діагнозу дитини батьки мають визначитися щодо оптимальних термінів, шляхів і методів лікування та реабілітації, закладів та установ, які в змозі надати відповідні послуги. Тобто на першому плані – проблема отримання необхідної інформації. Важливість цієї проблеми зумовлена тим, що батьки, які достатньо обізнані з усіх аспектів інвалідності дитини, в багатьох випадках хочуть і здатні самостійно правильно діяти задля покращення здоров'я дитини, її соціальної адаптації та інтеграції, захисту її прав на пристойні умови життя, навчання. Тобто, в цьому випадку сім'я бере на себе значну частину проблем, які інакше потрібно буде вирішувати державі, у першу чергу соціальним службам.

Натомість нестача інформації або неповна, однобічна, упереджена інформація може призвести до негативних наслідків. Існують приклади, коли батьки дізнаються про свої права і можливості (навіть право на пільги) від випадкових людей, не знають куди звернутися за правовою, соціальною, психологічною, педагогічною допомогою, де вишукати можливість доброзичливого спілкування з потрібними фахівцями, іншими сім'ями зі схожими проблемами.

З часом зростають потреби в інформації про спеціалізовану (відповідно до вади) соціальну, психологічну, освітянську, правову допомогу, встановлення контактів з різноманітними державними і громадськими організаціями, але їх задоволення відбувається значною мірою випадково, несистематично, на підставі неформального спілкування або окремих матеріалів у неспеціалізованих ЗМІ.

Спеціалізовані ЗМІ, які видаються організаціями, пов'язаними з вирішенням проблем дітей з обмеженими можливостями, поки що малотиражні, виходять з тривалими перервами, не мають системи розповсюдження, яка здатна охопити всіх зацікавлених, не в змозі висвітлити весь комплекс проблем дітей-інвалідів та їх сімей з причин слабкості фінансування, кадрового й матеріально-технічного забезпечення видань. За допомогою інформаційних видань, що інформують про становище дітей з обмеженими можливостями та їхніх сімей має досягатися дві мети: інформування про труднощі, з



якими стикаються діти-інваліди та їхні сім'ї; їхні потенційні можливості і отримання підтримки населення у процесі інтеграції та адаптації.

*Проблеми нормативно-правового забезпечення.* Вони пов'язані перш за все, не з відсутністю вітчизняної нормативно-правової бази, а з недосконалістю механізмів її застосування і забезпечення виконання вимог законодавства.

На цей час в Україні сформована державна система соціальної підтримки дітей-інвалідів та їхніх сімей, яка базується на багатьох правових документах. Це такі документи: Стандартні правила щодо урівняння можливостей інвалідів (резолюція ООН від 20.12.93); Конституція України (1996 р., ст. 3, 8, 24, 46); Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (1991 р.); Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” (2001 р.); Конвенція про права дитини (1991 р.); Національна програма „Діти України” (1996 р.); Державна національна програма „Освіта/Україна ХХІ століття/” (1993 р.); Закон України „Про пенсійне забезпечення” від 5.11.1991 р.; Постанова КМ України № 143 „Про невідкладні питання діяльності дитячих навчально-виховних закладів” від 23.03.1992 р.; Наказ Міністерства освіти України № 136 „Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку” від 13.05.1993 р.; Наказ Міністерства праці, соціального захисту населення, освіти, фінансів України № 04-800 „Положення про порядок призначення та виплати державної допомоги сім'ям з дітьми” від 11.03.1993 р.; Постанова КМ України „Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда” (1992 р.).

Згідно з Конвенцією, допомога дітям-інвалідам надається за можливості, безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, які забезпечують піклування про дитину, і має на меті забезпечити дитині ефективний доступ в галузі освіти, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовка до трудової діяльності і доступ до сфери дозвілля та відпочинку. Тобто уможлиблюється найбільш повне залучення дитини до суспільного життя і досягнення розвитку її особистості. 27 вересня 1991 року Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини і набула чинності на території держави, що особливо цінне для нашого суспільства.

Ця правова база мала б слугувати непоганим підґрунтям для вирішення проблем дітей з функціональними обмеженнями, якщо б усунути вади практики її застосування. Виняток становить нормативна база фінансового забезпечення, яке абсолютно недостатнє для життя самих дітей-інвалідів і членів їхніх сімей та діяльності спеціалізованих служб, соціальних установ.

Можна назвати багато прикладів неповного задоволення визначених законами і нормативами потреб бюджетів спеціалізованих закладів; неповного погашення заборгованості з виплат пенсій та різних видів допомоги; нестачі асигнувань на запровадження нових форм і методів навчально-виховної і корекційної роботи, лікування, оздоровлення та реабілітації дітей-інвалідів, які знаходяться як у спеціальних закладах, так і в сім'ях; браку фінансування для соціального супроводження життєдіяльності самих дітей-інвалідів та їхніх сімей.

Ще одна суттєва частина недоліків у виконанні діючого законодавства пов'язана з людським чинником – рівнем професійної етики фахівців соціальних установ, які мають опікуватися проблемами дітей з обмеженими можливостями (неповага до потреб цієї категорії сімей, відсутності співчуття), бажання найкращим чином виконувати професійні обов'язки з боку тих посадових осіб, із якими сім'ї стикаються у повсякденній практиці. Мають місце випадки приховування інформації про права цих сімей та можливості допомоги.

Таким чином, існуюча законодавчо-нормативна база не позбавлена від недоліків, проте вона удосконалюється практично щорічно.

*Проблеми освіти.* Особливі потреби і обмежені можливості дітей-інвалідів обумовлюють комплекс специфічних проблем освіти. Суб'єктивні оцінки батьків містять дорікання на недостатній рівень освітньої і виховної роботи у спеціальних закладах, нестачу спеціальних секцій для занять музикою, танцями, спортом, дитячих творчих гуртків, брак талановитих педагогів, незручне територіальне розташування спеціальних закладів освіти. Але показово, що батьки майже не скаржаться на відмову прийняти дитину до закладу, на відсутність закладу відповідного профілю або місць в ньому.

Отже, в цілому система спеціалізованої освіти спроможна забезпечити потреби сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями, принаймні у кількісному аспекті, хоча поки що не

ліквідовані перешкоди для легкого доступу дітей до мережі спеціалізованих навчальних закладів, що інколи пов'язано з недостатньою інформованістю батьків, територіальною віддаленістю потрібних закладів від місць помешкання і труднощами матеріального характеру. До того ж якість освіти, виховання, умов утримання і надання спеціальних лікувально-корекційних послуг у різних закладах неоднакова, не завжди дитина потрапляє саме в той заклад, який їй потрібен.

Хоча Законом України „Про освіту” дітям-інвалідам гарантується не тільки право на навчання, а й вибір його форм і освітніх програм, цей вибір поки що не є загальнодоступним. Можливості вибору обмежені станом здоров'я дітей, фізичного і розумового розвитку, часто несприятливими соціальними умовами і бідністю сім'ї, нестачею інформації.

Отже, на сьогодні в Україні визначено модель освіти і навчання дітей з обмеженими можливостями, яка передбачає детермінованість спеціалізації (щодо інвалідності) та якість освіти за місцем проживання.

*Проблеми спілкування.* Для дітей з обмеженими можливостями та їхніх сімей чи не основною проблемою є спілкування, а відтак і набуття комунікативних навичок. Діти-інваліди мають труднощі у налагодженні міжособистісних взаємин, що виявляється у високому рівні тривожності та конфліктності.

Причинами у порушенні адаптації та соціалізації дітей з обмеженими можливостями, які не відвідують школу, є обмежене коло спілкування з однолітками (часто це коло обмежується батьками та родичами), відчуття власної неповноцінності, обмеження мобільності.

Умовою, за якої дитина виросте щасливою і комунікабельною, є ставлення батьків і найближчого оточення до неї. Якщо батьки соромляться зовнішнього вигляду дитини, прагнуть подумки, щоб вона була іншою, занадто опікують її здалеку і позбавляють спілкування з іншими дітьми, вона виросте замкненою, незадоволеною, почуватиме себе не такою, як всі. І навпаки, розумне сприйняття і ставлення надають дитині більшої впевненості серед інших, дозволяють їй добре почуватися у колі своїх ровесників.

Більш ефективно контакти з іншими дітьми налагоджуються в ранньому віці. Дитина, знаходячись серед дітей, може відчувати, що вона не така як інші, але її переживання у зв'язку з віковими

особливостями ще недостатньо глибокі, адаптація відбувається менш болісно й швидше. Однак їй треба допомогти встановити контакт з тими дітьми, у компанії яких вона стала б своєю людиною. Найбільш прийнятною для вирішення цієї задачі є ігрова діяльність. Використовуючи цей прийом, батьки можуть організувати такі ігри, у яких дитина не буде почувати себе безпомічною. Участь у таких іграх разом зі здоровими однолітками допоможе дитині з обмеженими можливостями набути впевненості в собі й завоювати певний авторитет у дитячому співтоваристві. Якщо ж виникає конфліктна ситуація й діти не приймають дитину з обмеженими можливостями у своє співтовариство, то „нав'язувати” її не рекомендується. Дане середовище поки не дозріло для того, щоб її прийняти, тому треба шукати інші варіанти й підходи організації спілкування дитини з однолітками.

Головні завдання соціального працівника з вирішення проблеми спілкування: 1) розширити коло спілкування дитини; 2) подолати психологічні комплекси дітей з обмеженими можливостями щодо своєї зовнішності та психологічні комплекси батьків, які соромляться дитини і не прагнуть розширювати коло її спілкування; 3) створити позитивний імідж дитини-інваліда для здорових дітей і їхніх батьків; 4) створювати клуби спілкування; 5) вселити віру дітей з обмеженими можливостями у свої сили.

Отже, наявність у дитини з обмеженими можливостями навичок спілкування є визначальним фактором її розвитку та подолання патології, запорукою успішної соціалізації та адаптації в суспільстві.

У результаті вивчення проблем сім'ї дитини-інваліда склалося уявлення про необхідність надання комплексної допомоги не тільки самій дитині, але й її родині.

Головна мета соціальної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями – допомогти сім'ї осилити важке завдання виховання й розвитку такої дитини, сприяти її оптимальному функціонуванню, не дивлячись на те, що є об'єктивний фактор ризику і вплинути на сім'ю з тим, щоб мобілізувати її можливості для вирішення завдань реабілітаційного процесу. Інакше кажучи, мета соціального працівника – сприяти соціальній адаптації сім'ї в ситуації народження дитини з функціональними обмеженнями, підвищувати її ситуативно-рольову адаптованість.

Під соціально-рольовою адаптованістю сім'ї мається на увазі здатність членів сім'ї оволодівати новими ролями в поведінці у цілком несприятливій ситуації.

Рівень соціально-рольової адаптації сім'ї характеризується трьома основними показниками: ставленням до дитини; реабілітаційною активністю сім'ї; реабілітаційною культурою сім'ї.

*Ставлення до дитини* – одна з найважливіших характеристик сім'ї, що визначає її внутрішні ресурси в процесі реабілітації дитини. Ставлення може бути деструктивними або конструктивним.

Сім'ї, що демонструють *конструктивне ставлення* до проблем дитини, не заглиблюються в переживання того, що відбулося, а намагаються змінити ситуацію й своє ставлення до неї. Природжену або набуту хибу вони не розглядають як обмеження на шляху особистісного розвитку дитини. Головна мета в таких сім'ях – пошук шляхів компенсації порушень що є, розвиток здібностей дитини, терпіння й підтримка в будь-якому навчанні.

*Деструктивне ставлення* – з'являється в ігнорування патології дитини або акцентуації на ній.

Ігнорування виявляється в тому випадку, коли батьки не докладають зусиль і навіть перешкоджають оздоровленню дитини. Подібне ігнорування патології дитини, і відповідно реабілітаційного процесу, пов'язане з матеріальною зацікавленістю, а в ряді випадків недостатньою інформованістю (наприклад, у сільській місцевості), є істинним ігноруванням. Коли під маскою байдужості або заперечення значимості патології дитини схована акцентуація на цій проблемі, має місце несправжнє ігнорування.

Акцентоване ставлення до дитини полягає в тому, що образ життя сім'ї підпорядкований хворобі, орієнтований на хворобу. Заклювання на обмежені дитини виражається в різноманітних невротичних проявах у членів сім'ї: тривожність, низька самооцінка, почуття провини й та ін., які з часом передаються дитині. Деструктивне ставлення до дитини може виражатися також у *негативізмі*, тобто негативному ставленні до нього: відкритому, коли дитина підлягає жорстокому ставленні до неї, або прихованому, що виявляється в емоціональному відчуженні.

*Під реабілітаційною активністю сім'ї* слід розуміти всі зусилля її членів, спрямовані на оздоровлення, розвиток, соціалізацію дитини. Реабілітаційна активність сім'ї вміщує в собі:

1) активність у пошуку джерел медичної допомоги, своєчасність, послідовність і ретельність у виконанні медичних рекомендацій, підтримка регулярних контактів з оздоровчими установами;

2) активність педагогічних зусиль сім'ї, їх спрямованість на всебічний розвиток дитини; пошук і реалізація її компенсаторних можливостей, самостійне оволодіння необхідними розвиваючими й корекційними методиками;

3) власне соціальна активність сім'ї, тобто її настійливість у пошуку джерел підтримки як матеріальної, так і моральної (наприклад, через утворення груп самопомоги), прагнення сім'ї вирішувати конфліктні ситуації, що виникли, коли переваги надаються життєвій стратегії „той, хто виграє”, а не пасивній позиції „жертва”.

Реабілітаційна активність сім'ї може бути оцінена як висока, середня й низька. Сім'ї з високою реабілітаційною активністю цілеспрямовані, послідовні, винахідливі й наполегливі у своїх діях. Вони готові знаходити й використовувати всі можливості для покращання положення. Активність виявляється за трьома вище перерахованими напрямками. Висока активність – обов'язкова умова своєчасного й успішного вирішення реабілітаційних завдань.

Сім'ї з середньою реабілітаційною активністю непослідовні, малоініціативні, у них відсутня всебічність зусиль, почате не доводиться до кінця.

Сім'ї з низькою активністю займають позицію „жертви”, процес реабілітації проходить повільно, з великими перервами, характерним є відтягування відповідальних дій: наступної операції, вступ дитини до дитячого колективу й ін. Такі сім'ї здатні вирішити завдання реабілітації лише за умови постійного тиску й контролю із зовні.

Реабілітаційна культура є специфічною системою цінностей, ідей, знань і навичок, що допомагають вирішувати конкретні завдання реабілітаційного процесу.

Аксіологічний (ціннісний) компонент реабілітаційної культури складає принципи філософії незалежного життя, ідеї компенсаторного розвитку, гуманістичні принципи й цінності.

*Незалежне життя* – принцип, який покладений в основі моделі інвалідності, передбачає, що кожен інвалід може брати активну участь в житті суспільства при наявності альтернатив і

вибору, який людина з обмеженими можливостями може зробити за допомогою соціальних служб, досконалого архітектурного середовища, досконалими засобами транспорту й та ін. На відміну від утриманських позицій прагнення до незалежності – це продуктивна психологічна орієнтація, що не пропонує відмови від допомоги інших людей або допоміжних засобів, необхідних для фізичного функціонування, а та, яка пов'язана з тим, що людина ставить перед собою такі ж цілі, як будь-які інші члени суспільства, бере на себе ту ж відповідальність.

*Ідеї компенсаторного розвитку*, за Л. Виготським, мають на меті створення соціальної компенсації фізичного або психічного недоліку дитини, знаходячи шляхи налагодження соціальних зв'язків із життям. Для цього до дитини треба ставитися як до нормальної й орієнтуватися в її вихованні не на недолік або хворобу, а на збереження здоров'я.

*Когнітивний компонент* реабілітаційної культури сім'ї дитини з особливими потребами вміщує знання із різноманітних галузей науки й практики, що сприяють виконанню завдань реабілітаційного процесу.

До них належать:

- медико-біологічні знання про патологію дитини, її причини й наслідки; про перебіг і зміст лікування; можливий ризик і ускладнення в ході лікування та ін.;
- гігієнічні знання про особливості кормління й догляду за дитиною, про організацію побуту, режиму дня й та ін.;
- соціально-правові знання про порядок встановлення інвалідності, про права й пільги з нею пов'язані, про можливі джерела матеріальної допомоги та ін.;
- психотерапевтичні знання про стадії перебігу стресу та його наслідків; про механізми саморегуляції й методи психотерапії;
- психолого-педагогічні знання про вікові особливості дітей; про особливі потреби й специфіку розвитку дитини в зв'язку з її патологією; про можливі поведінкові відхилення дитини й шляхах їх подолання; про створення ситуації успіху в спілкуванні й навчанні та ін.

*Праксіологічний компонент* реабілітаційної культури вміщує різноманітні уміння та навички; психогігієнічні (вміти долати стресові ситуації, справляти психотерапевтичний вплив на дитину);

комунікаційні (вміти налагоджувати відносини, вирішувати конфлікти в сім'ї й з найближчим оточенням); педагогічні (володіти навичками педагогічної корекції, у тому числі методами голкотерапії, раннього розвиваючого навчання, логопедичними прийомами й вправами та ін.); соціальне адвокатування (вміти захищати власні інтереси, а також інтереси й гідність дитини, причому як в офіційних установах, так і в неформальному спілкуванні); лікувальні (володіти деякими лікувальними методиками; загальний, точечний масаж та ін.).

Ситуаційно-рольова адаптованість сім'ї в якійсь мірі залежить від її психологічного, культурного, економічного потенціалу, але значною мірою досягається все ж за допомогою спеціалістів.

Підвищуючи реабілітаційну культуру й реабілітаційну активність сім'ї, змінюючи ставлення до дитини, соціальний працівник тим самим сприяє росту адаптивних можливостей, актуалізації внутрішніх ресурсів сім'ї, а значить і вирішенню тих проблем, що є в неї, профілактиці кризових ситуацій.

У роботі з сім'єю дитини-інваліда можуть бути використані різноманітні технологічні моделі взаємодії.

*Модель взаємодії з клієнтом* – алгоритм роботи, що характеризується певним продовженням *співробітництва, особливістю діагностичного етапу, методів роботи, поставлених завдань, видів допомоги, що переважають*. Вибір моделі в основному залежить від специфіки проблем клієнта.

З точки зору тривалості виділяють короткострокові та довгострокові моделі взаємодії. До короткострокових моделей відносяться кризово-інтервентна і проблемно-орієнтована моделі. Розглянемо їх докладніше.

*Кризово-інтервентна модель* роботи з клієнтом передбачає надання допомоги безпосередньо у кризових ситуаціях, які можуть бути обумовлені змінами в природному циклі чи випадковими травмуючими обставинами. Проте, не зважаючи на індивідуальні відмінності і багатоаспектність причин, які призводять індивіда до кризового стану, його тривалість обмежена, як свідчить практика, приблизно 6-7 тижнями.

Втручання спеціалістів у такий період є досить ефективним, оскільки в період кризової ситуації людина особливо сприйнятлива і швидко відгукується на прояв допомоги. В такий період використовуються як внутрішні, так і зовнішні ресурси. Незалежно



від того, що призвело клієнта до кризового стану, завданням соціального працівника є надання емоційної підтримки і спроба пом'якшити вплив стресової ситуації.

Допомогу можна вважати успішною, якщо вдається зняти гостру тривожність, напругу, агресивність, коли з'явиться нове розуміння проблеми і почне розвиватися адаптивна реакція.

Поява в сім'ї дитини з обмеженими можливостями є також причиною стресів. З метою попередження негативних наслідків цієї проблеми, сім'ї надається допомога соціального працівника, який оперативно втручається в життєву ситуацію і допомагає мобілізувати усі сили на підтримку батьків і дитини.

Звичайно, психологічна допомога є домінуючою. Проте і втручання соціального працівника є виправданим, оскільки допомога має бути не стільки глибоко психологічною, скільки комплексною і широкою за обсягом проблем та учасників подій, чю увагу потрібно повернути до проблеми сім'ї.

Щоб попередити відмову від дитини і залучити сім'ю до процесу реабілітації, необхідно, щоб вона мала реальну уяву про перспективи дитини і про ту роль, яку сім'я може відіграти в її житті.

Завдання соціального працівника – допомогти батькам подолати первісну реакцію пригніченості й розгубленості, а надалі зайняти активну позицію в реабілітації дитини, зосередивши зусилля не тільки на лікуванні, але й на розвитку її особистості, на пошуку адекватних способів соціалізації та досягнення оптимального рівня адаптації у суспільстві.

Для цього соціальний працівник надає освітню допомогу: надає родині інформацію, що стосується етапів відновлюваного лікування та перспектив дитини, підкріплюючи її документальними фактами, фото-і відеоматеріалами, повідомляє про можливість встановлення тимчасової інвалідності та пов'язаних з нею пільг.

Крім того, соціальний працівник виступає в якості посередника між медичним персоналом та сім'єю. У той час як медики зайняті лікуванням, він допомагає сім'ї подолати кризу і почати діяти. Наприклад, встановити зв'язок з іншими родичами, з сім'ями, які зазнали таких труднощів, з організаціями, здатними надати допомогу.

Таким чином, соціальний працівник в індивідуальних бесідах через освітню і посередницьку допомогу, тобто непрямим шляхом, досягає ефекту психологічної підтримки, впливаючи на почуття

сумніву і страху, що перешкоджають контролю над ситуацією. Крім того, сім'я може бути залучена до програми сімейної терапії та навчальних тренінгів, мета яких – поліпшення спілкування між членами сім'ї та вирішення прихованих проблем, які виявляються в кризовій ситуації. При такій організації допомоги не виключається, що окремим сім'ям знадобиться більш глибокий психотерапевтичний вплив, але вірогідність цього знижується.

Чим раніше (бажано на першу-другу добу життя дитини) відбудеться бесіда спеціаліста з батьками, тим менше будуть негативні наслідки пережитої кризи, так як можливість обговорення своїх проблем і одержання інформації сприяє фізичному і моральному відновленню сім'ї.

Перші гострі почуття, які відчувають батьки (шок, вина, біль), ніколи не зникають зовсім, вони як би дрімають, будучи постійною частиною емоційного життя сім'ї. У певні періоди сімейного циклу вони можуть стати дезадаптаційним чинником сімейного життя.

Несприятливі періоди нерідко пов'язані з віковими кризами дитини, коли в сім'ї посилюються психолого-педагогічні проблеми. Криза трьох років пов'язана з процесом формування основних індивідуально-психологічних якостей особистості й створення передумов для розвитку соціально-моральних якостей; 7-8 років – адаптація до нового соціального статусу школяра, засвоєння нового режиму життя, встановлення відносин з вчителем, дитячим колективом; 12-17 років – період самоутвердження, зміни стосунків із батьками й світом дорослих у цілому; 18-21 – соціальне самовизначення.

У такі моменти сім'я потребує більшої підтримки, причому з урахуванням наявних фізичних або психічних особливостей, що обумовлюють відставання в розвитку, ці періоди можуть не збігатися з реальним віком дитини.

Втручання у кризову ситуацію зазвичай є першою сходинкою у взаємодії з сім'єю, яка виховує дитину-інваліда. На подальших стадіях реабілітації дитини знаходиться застосування проблемно-орієнтована модель взаємодії.

Таким чином, соціальний працівник через просвітницьку і посередницьку допомогу досягає ефекту психологічної підтримки, впливає на почуття сумнівів і страху, які заважають контролю над ситуацією. Крім того, сім'я може бути залучена до програми сімейної терапії і навчальних тренінгів, метою яких є налагодження

контактів між сім'ями та подолання прихованих проблем, характерних для кризових ситуацій. Звичайно, кожна сім'я потребує значної уваги і різного рівня активності в допомозі.

Втручання у кризову ситуацію, зазвичай, є пертою сходинкою взаємодії соціального працівника з сім'єю, яка виховує дитину з особливими потребами. Наступною сходинкою є *проблемно-орієнтовна модель* взаємодії, яка є короткотерміновою стратегією роботи, тривалість якої не перевищує 4 місяців і передбачає приблизно 10-12 контактів із клієнтом. Проблемно-орієнтовна модель має на меті вирішення практичних питань, зосереджується лише на тій проблемі, яку усвідомлює клієнт і над якою він готовий працювати. Саме в цей період клієнт переходить до вирішення ряду проблем самостійно, що свідчить про результативність роботи спеціаліста.

Дана технологічна модель застосовується як в індивідуальній, так і в груповій терапії, в тому числі і в роботі з сім'ями, основини принцип якої полягає в концентрації уваги на пом'якшенні основних проблем через визначення і вирішення спершу простих завдань, а поступово й складних, що переконує клієнта у його спроможності вирішувати проблему.

Соціальний працівник у межах даної технологічної моделі поєднує в єдину систему методи роботи з окремим індивідом (одним із батьків чи дитиною), сім'єю в цілому, а також із сім'єю і її найближчим оточенням. Звичайно, робота з усією сім'єю потрібна, якщо назріла криза у стосунках між членами сім'ї, погіршився стиль виховання, психологічний клімат сім'ї став несприятливим тощо.

Важливим методом проблемно-орієнтовної моделі є укладення угоди між спеціалістом, який надає допомогу, і клієнтом – у даному випадку це сім'я чи її представник. Угода має містити:

- опис ключової проблеми (чи проблем), яка вимагає вирішення;
- мету і завдання спроектованої роботи;
- процедури і методики, які будуть застосовані;
- вимоги до клієнта і спеціаліста, визначення ролей кожного з них у процесі вирішення проблеми (для соціального працівника це в основному зустрічі, бесіди, листи, оформлення документів, телефонні контакти тощо);
- обумовлюються також терміни спільної діяльності і дії, якщо угода буде порушена однією із сторін.

Цей метод дозволяє надати відносинам більш організованого і чіткого характеру. Крім того, угода – це один із способів реалізації етичних принципів у відносинах спеціаліста і клієнта, встановлення довірливих стосунків, можливість уникнути непорозумінь.

Звичайно ж, угода визначає стиль відносин, а не їхній зміст. На жаль, часто цей метод роботи соціальними працівниками ігнорується.

Слід підкреслити, що угода оформляє відносини, але не визначає їх зміст. Проблеми, які можна вирішувати з використанням цього методу, різноманітні.

Незважаючи на переваги угоди, існує ряд причин, що ускладнюють його застосування: а) індивідуальні особливості клієнта: скритність, замкнутість, нещирість, саботаж контракту; б) стислість термінів, коли соціальний працівник має можливість лише 1-3 рази зустрітися з сім'єю; в) недостатній професіоналізм (наприклад, соціальному працівнику не вдалося досягти порозуміння з родиною).

Довготривалі форми роботи потребують пролонгованого спілкування з клієнтом (від 4-х місяців і більше) і в основному базуються на психолого-соціальному підході.

*Психосоціальна модель* взаємодії з клієнтом передбачає більш повне розуміння людей у контексті існуючої дійсності і використання цих знань у допомозі клієнту. Таким чином, основна ідея цієї моделі полягає в тому, щоб зрозуміти людину в ситуації, пов'язати її почуття, переживання, вчинки з впливом довкілля і, виявивши причинно-наслідкові зв'язки, знайти вихід із несприятливого становища.

У межах цієї моделі аналізується не лише сучасне, але й минуле клієнта, для чого можна використати метод генограм сімейного дерева. Водночас використовується метод індивідуальної роботи, оскільки клієнт у психосоціальній моделі часто перебуває в пасивній позиції.

Основне завдання даної моделі – зміна клієнта у конкретному випадку сімейної системи, адаптація її до виконання своєї специфічної функції – реабілітації дитини-інваліда.

Психосоціальна модель, не дивлячись на те, що клієнту в ній відводиться пасивна роль, може успішно застосовуватися в практичній роботі соціального працівника, оскільки для надання

соціальної допомоги необхідно розуміти внутрішній світ людини і її стосунки з оточуючими.

Намагаючись зрозуміти внутрішні й зовнішні причини несприятливої обстановки в сім'ї, що склалася, високо оцінюючи її потенціал до росту й розвитку при наявності відповідних умов, ресурсів і допомоги, соціальний працівник дотримується принципів психосоціального підходу.

На діагностичному етапі в процесі здійснення психосоціальної моделі взаємодії з сім'єю важлива роль відводиться аналізу особистісних особливостей її членів, дотриманню тих або інших цінностей, визначенню захисних механізмів, стереотипів поведінки та ін.

Основні завдання психосоціального підходу:

- змінювати клієнта, у даному випадку – сімейну систему, адаптуючи її до виконання своєї специфічної функції (реабілітації дитини-інваліда);
- змінювати ситуацію – інші системи, що мають вплив на сім'ю;
- впливати на те й інше одночасно, з сім'єю використовується переважно у тому випадку, коли є можливість встановлення тривалих контактів, які дозволяють глибше досліджувати сімейну систему, спостерігати її динаміку і впливати на неї.

Психосоціальна модель взаємодії з сім'єю використовується переважно в тому випадку, коли є можливість встановлення довгострокових контактів, які дозволяють глибше дослідити сімейну систему, спостерігати її динаміку і впливати на неї.

В умовах низької мотивації звернення сімей за соціально-педагогічною, психологічною допомогою доцільно застосовувати таку форму роботи з сім'єю, як *патронаж (або надання послуг клієнту вдома)*. Патронаж – одна із форм роботи соціального працівника, яка проявляється в наданні адресної соціальної допомоги сім'ї вдома з діагностичними, контрольними, адаптивно-реабілітаційними цілями, дозволяє налагоджувати й підтримувати тривалі зв'язки з нею, своєчасно виявляти її проблемні ситуації, надавати термінову (економічну, соціально-побутову, лікувально-профілактичну, соціально-педагогічну, психологічну, правову) допомогу.

Розрізняють такі види патронажу, які використовуються при вирішенні проблем виховання й розвитку дитини з обмеженими можливостями.

*Соціально-економічний патронаж* – допомога у вирішенні матеріально-побутових проблем сім'ї: допомога в отриманні різних соціальних виплат; допомога в отриманні безкоштовних медикаментів; залучення спонсорів для надання матеріальної й натуральної допомоги; сприяння у вирішенні проблеми житла, працевлаштуванні дітей-інвалідів після досягнення ними повноліття чи закінчення навчання; сприяння в підтримці побутових умов відповідно до санітарно-гігієнічних вимог тощо.

*Соціально-психологічний патронаж* – допомога у вирішенні психологічних проблем сім'ї та окремих її членів: психодіагностика (базова, поточна, за запитом, завершальна); психопрофілактика; психокорекція; психотерапія; сімейне та індивідуальне психологічне консультування; організація та проведення тренінгів; моніторинг психічного стану та розвитку дитини; моніторинг інтеграції дитини в сім'ї та громаді.

*Медико-соціальний патронаж* – допомога в отриманні спеціалізованих медичних послуг: медичні консультації; масаж, загальний і спеціальний; надання фізіо- та інших медичних процедур; складання плану медичного патронажу та контроль за його виконанням; пошук коштів на медичну допомогу для особливих видів лікування; оформлення клопотань і направлення до установ охорони здоров'я.

*Соціально-правовий патронаж* – діяльність, спрямована на дотримання державних гарантій стосовно дітей-інвалідів, які виховуються в сім'ї, а також здійснення заходів із захисту їхніх прав та законних інтересів: консультації батьків, соціальних працівників з питань чинного законодавства; здійснення заходів із захисту прав і законних інтересів сім'ї та дитини з обмеженими можливостями; оформлення документів (написання запитів, листів, клопотань, звернень та інших письмових документів); робота з нормативною базою для вивчення особливих питань, які виникають у ході поточної роботи та формування вибірок нормативних актів; підготовка та інструктаж соціальних працівників для представлення інтересів дітей-інвалідів та їхніх сімей; представництво інтересів у суді.

Специфіка патронажу як форми роботи із сім'єю полягає в тому, що він повинен здійснюватися систематизовано, комплексно й

у визначений термін (не нескінченно!) групою кваліфікованих фахівців різного профілю. При цьому до кожного члена сім'ї застосовується індивідуальний підхід. Для допомоги конкретній сім'ї залучаються різні відомства й установи (соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, культури, житлово-комунального господарства тощо).

Здійснення патронажу вимагає дотримання ряду етичних принципів: принципу самовизначення клієнта, добровільності прийняття допомоги, конфіденційності, тому завжди слід інформувати сім'ю про візит спеціаліста і його цілі.

Патронаж може проводитися з такими цілями:

- *діагностичні*: ознайомлення з умовами життя, вивчення можливих факторів ризику, дослідження проблемних ситуацій;
- *контрольні*: оцінка стану сім'ї і дитини, динаміка проблеми, аналіз ходу реабілітаційних заходів, виконання батьками рекомендацій тощо;
- *адаптаційно-реабілітаційна* допомога (освітня, психологічна, посередницька).

При цьому соціальний працівник повинен завуалювати діагностичні і контрольні цілі, щоб сім'я не відчувала себе підконтрольною і залежною. Хоча в асоціальних сім'ях такі цілі не варто скривати, оскільки ці сім'ї мають усвідомлювати невідворотність „втручання” спеціаліста у їхню життєдіяльність і виховання дітей з обмеженими можливостями.

Виділяють етапи патронажу: 1) знайомство, запрошення до співробітництва; 2) входження до сім'ї, створення й підтримка мотивації до виходу з кризи; 3) збирання інформації про сім'ю; 4) аналіз інформації про сім'ю; 5) виведення сім'ї із соціальної ізоляції; 6) оцінка результатів діяльності. Вихід із сім'ї.

Тож зупинимося на змісті кожного з цих етапів роботи, керуючись тим, що кожний етап має свою мету, завдання, форми й методи роботи; передбачає корекцію під час безпосередньої роботи; виконується послідовно в межах визначеного алгоритму; має проміжні й кінцевий результати.

**Перший етап. Знайомство.** Мета цього етапу – визначення необхідності й можливості роботи із сім'єю, що виховує дитину з обмеженими можливостями. На цьому етапі здійснюється оцінка сімейної ситуації й виявляються її потреби.

На цьому етапі соціальний працівник особисто приділяє увагу підготовці до надання конкретної допомоги, визначенню кола проблем, які він має вирішувати, налагодженню особистого контакту й залученню сім'ї, що виховує дитину-інваліда, до процесу прийняття рішення щодо соціальної допомоги.

Робота із сім'єю починається з укладання договору між сім'єю та установою, де працює соціальний працівник. Договір не має юридичної сили. Він установлює „правила гри”, окреслює коло зобов'язань, а також закріплює у свідомості сторін факт добровільного входження в певні ділові стосунки для досягнення спільної мети. Це дозволяє надати відносинам організованого й чіткого характеру.

**Другий етап.** *Входження в сім'ю, створення й підтримка мотивації до виходу з кризи.* Метою цього етапу є організація мотивів до тривалої роботи, підвищення відповідальності сім'ї, установлення доброзичливого контакту. На цьому етапі формуються чіткі уявлення про методи роботи й можливості соціального працівника. Соціальний працівник повинен допомагати спочатку втілити наявний позитивний потенціал сім'ї в плани й наміри, а потім допомогти втілити його в реальні дії, вчинки, послідовність цілеспрямованих дій, які сприятимуть виходу з кризи.

У роботі із сім'єю дуже важливим є питання створення й підтримки на високому рівні мотивації. Мотиви до роботи базуються на усвідомленні сім'єю необхідності змін, підкресленій увазі до сім'ї з боку соціуму; хорошому контакті, довірі членів сім'ї; чіткому усвідомленню можливостей соціального працівника, методів його роботи; реальних результатах перших спільних кроків; вільному виборі, в основі якого позитивні наміри самих членів сім'ї; необхідності своєчасної (всебічної інформаційної, організаційної, матеріальної, моральної) підтримки соціальним працівником зусиль членів сім'ї для досягнення успіху; висуненні реально досяжної мети; поступовому вирішенні проблеми (поетапності).

Підсумками другого етапу мають бути:

- чітке усвідомлення соціальним працівником ситуації, що склалася із сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями; розуміння її особливостей та найбільш впливових чинників, які потрібно усунути або змінити; визначення цілей і завдань, методів і засобів, які доцільно застосовувати стосовно сім'ї,



її найближчого та ширшого соціального оточення для досягнення очікуваних результатів;

- розуміння сім'єю витоків своїх проблем, сформована готовність до співпраці й мотивації до застосування особистих зусиль, погодження із визначеними цілями, завданнями, методами, термінами й зобов'язаннями, бажанням діяти за визначеним планом.

**Третій етап. Збирання інформації про сім'ю.** Мета етапу – створити інформаційну базу для здійснення змін. На цьому етапі необхідно зібрати відомості про сім'ю, зіставити інформацію з різних джерел. Інформацію слід збирати протягом усієї роботи із сім'єю. Матеріал про сім'ю потрібний для подальшої роботи з нею.

Батьки мають брати активну участь у процесі збирання інформації. Починати збирати інформацію потрібно з опитування батьків про дитину та її поведінку. Узагальнений висновок з інформації, зібраної від них про дитину, її оточення, сім'ю, можна окреслити як екологічний діагноз. Ці відомості доцільно заносити до різноманітних карт базової оцінки дитини.

Батькам варто наголошувати на важливості отриманої від них інформації, оскільки вона сприяє визначенню ефективних способів допомоги дитині. Під час опитування слід надати можливість батькам задавати запитання.

Соціальний педагог розпочинає свою роботу із збирання точної, повної, достовірної, об'єктивної інформації про членів сім'ї та її найближчого оточення в місцях їх перебування.

Йому необхідно знати: склад сім'ї; характеристику зовнішніх і внутрішніх контактів сім'ї; норми, цінності, правила, уявлення даної сім'ї; здатності й можливості членів сім'ї; рівень матеріального забезпечення, особливості організації побуту; стан здоров'я, образ життя й звички членів сім'ї.

Для збирання інформації соціальний працівник користується великим набором методів. Перш за все це бесіда з членами сім'ї й особами з її найближчого оточення.

Соціальний працівник може використати такі різновиди бесіди, як *структуроване інтерв'ю*, або *бесіда в розширеному складі* (із залученням інших працівників, або особливо важливих для членів сім'ї персон).

Для збору інформації доцільно активно застосовувати діагностичні методи. Перш за все – це соціальна діагностика сім'ї, яка має дитину-інваліда. У сучасній зарубіжній і вітчизняній

літературі досить широко розкриті методи діагностики особистості, її психічних функцій, характерологічних особливостей, успішності діяльності в різних сферах (Д. Банностер, М. Боришевський, К. Інкенкамп, Е. Рогов, Ф. Франслав, Л. Ямпольський, Т. Яценко та ін.); існують методики, які дозволяють оцінювати міжособистісні взаємини в окремих групах, у тому числі й у сім'ї.

З метою визначення стану психологічного клімату сім'ї соціальний працівник може використати відкрите та приховане спостереження, тест-методику (8-колірний тест Люшера, шкала оцінки тривожності К. Спілбергера-Ханіна, САН, шкала депресії, методика оцінки настрою, оцінка емоційного стану за А. Уесман, Д. Ріксон, тест Айзенка, питальник Дж. Кеттела, методика „Незакінчені речення”, метод С. Розенцвейга, шкала рівня суб'єктивного контролю, тест Т. Лірі, тест „Дім – дерево – людина”, тест „Неіснуюча тварина”, малюнок сім'ї тощо), які передбачають вивчення міжособистісних стосунків членів сім'ї. Для діагностики стосунків батьків з дітьми та з'ясування типу виховання, притаманного цій сім'ї, можна використовувати такі методики, як „Аналіз сімейних взаємин” (АСВ) Е. Ейдемільлера, „Тест-запитальник батьківського ставлення” А. Варги, питальник „Вимірювання батьківських установок і реакцій” Е. Шефера, „Сімейний тест стосунків” – модифікований варіант тесту І. Маяковської.

Для додаткового дослідження емоційного стану сім'ї та сімейних стосунків можуть бути використані тести Т. Лірі, питальники „Аналіз сімейної тривоги” та „Конструктивно-деструктивна сім'я” Е. Ейдемільлера, кольоровий тест ставлень А. Еткінда тощо, а також результати обстеження, проведеного іншими спеціалістами, що дозволяє зіставляти різні оцінки та робити об'єктивні й достовірні висновки.

Соціальний працівник в міру необхідності звертається до консультативної допомоги спеціалістів і використовує їх висновки в своїй роботі. Збирання інформації про сім'ю є перманентним елементом роботи соціального працівника. На основі інформації він формує стосунки з сім'єю та плани спільної роботи по виходу сім'ї з кризи.

Перш ніж розпочинати роботу в сім'ї, слід визначити коло проблем, які хвилюють її чи з'явилися в цій сім'ї. Визначений соціально-психологічний діагноз служить відправною точкою для

подальшої взаємодії із сім'єю, дозволяє обирати методи й форми роботи соціального працівника.

**Четвертий етап.** *Аналіз інформації про сім'ю.* Мета цього етапу – вибір напрямків, способів і засобів роботи. На цьому етапі соціальний працівник опрацьовує отриману інформацію, порівнює дані, отримані з різних джерел різними методами. Аналіз інформації соціальний працівник здійснює з метою пошуку оптимальних підходів до вирішення проблем сім'ї, найбільш ефективних способів взаємодії з нею. При цьому соціальний працівник не тільки надає інформацію, що є в нього, але й постійно черпає важливу інформацію про можливі теоретичні й практичні підходи до вирішення тих або інших проблем сім'ї.

Підсумком цього етапу мають бути:

- чітке усвідомлення соціальним працівником ситуації, яка склалася із сім'єю, розуміння її особливостей, причин, найбільш впливових чинників, які потрібно усунути або змінити, визначення цілей і завдань допомоги, методів і засобів, які доцільно застосувати стосовно самої сім'ї, її найближчого та ширшого соціального оточення для досягнення очікуваних результатів;
- розуміння сім'єю коренів своїх проблем, сформована готовність до співпраці й мотивація до застосування особистих зусиль, погодження із визначеними цілями, завданнями, методами, термінами й зобов'язаннями, бажання діяти за визначеним планом;
- розроблений пакет діагностичної, плануючої та погоджувальної документації, визнаний усіма учасниками реалізації планів.

**П'ятий етап.** *Виведення сім'ї із соціальної ізоляції.* Мета – створення нових або відновлення порушених позитивних контактів сім'ї із соціумом. Завдання – вирішення конкретних проблем сім'ї; підвищення рівня соціальної компетентності сім'ї.

Соціальний працівник і сім'я спільно виробляють індивідуальний план найближчого етапу (наприклад, план на місяць або план досягнення конкретного проміжного результату). Індивідуальний план – документ, що складається з урахуванням виявлених проблем дитини та родини й містить перелік чіткої системи заходів, що мають бути виконані соціальним педагогом упродовж фіксованого відрізка часу. Заплановані заходи спрямовані на розвиток можливостей дитини та задоволення потреб родини й

мають на меті соціальну адаптацію дитини в суспільстві та запобігання соціальній ізоляції родини.

Індивідуальний план складається соціальним працівником на основі зібраної інформації. Заповнює план соціальний працівник, який веде справу дитини. Деякі розділи плану потребують інформації, що базується на індивідуальних спостереженнях за дитиною, спілкування з батьками, близькими дитині особами, тому на такі записи потрібно звернути особливу увагу, щоб вони не мали суб'єктивної оцінки.

Окрім планів патронажу, соціальний працівник, який працює із сім'єю, має вести щоденник роботи, визначаючи окремі проблеми та питання, які вирішуються в ході патронажу. Зафіксовані моменти соціальної роботи із сім'єю дають змогу простежувати виникнення та шляхи подолання кризових ситуацій у родині, крім того, демонструють практичну роботу соціального працівника в ході реалізації патронажу.

**Шостий етап.** *Оцінка результатів діяльності. Вихід із сім'ї.* Метою роботи на цьому етапі є стабілізація позитивних змін. Шостий етап включає:

- оцінку змін (вимірювання результатів), які відбулися в процесі надання соціальних послуг і після того, як вони були отримані сім'єю;
- вивчення нових потреб, які з'явилися в сім'ї в результаті змін, що сталися, і вимагають задоволення;
- розробку, якщо це потрібно, нового, додаткового, плану соціальної допомоги або припинення роботи із сім'єю, якщо ситуація це уможливорює;
- підготовку сім'ї до згорання соціальної допомоги (патронажу) як складової припинення роботи;
- додаткове кураторство сім'ї й оточення, якщо це потрібно для профілактики небажаних наслідків і закріплення позитивних змін.

Методичними особливостями цього етапу є те, що сім'я має бути підготовленою до припинення активного втручання, і воно повинно відбуватися поступово, за рахунок скорочення обсягів допомоги. Таке скорочення відбувається тоді, коли соціальний працівник за результатами підсумкової оцінки має підстави судити, що позитивні зміни набули ознак достатньої сталості. При цьому в порядку додаткового кураторства за сім'єю зберігається можливість

звертатися до соціального працівника після припинення активного втручання.

Таким чином, можна стверджувати, що патронаж – одна із форм соціальної роботи, яка полягає у відвідуванні спеціалістом клієнта вдома з діагностичними, контрольними чи адаптаційно-реабілітаційними цілями, що дозволяє налагоджувати і підтримувати тривалі зв'язки з ним, своєчасно виявляти проблемні ситуації, надаючи термінову допомогу.

Важливе місце серед соціальних технологій має консультація. Наприклад, у психосоціальной моделі консультаційна бесіда є провідним методом взаємодії з клієнтом.

*Консультація* є взаємодією між двома або кількома людьми, в ході якого певні спеціальні знання консультанта використовуються для надання допомоги консультуваному у вирішенні поточних проблем або при підготовці до майбутніх дій, які передбачаються. Дії консультанта можна також оцінювати як каталізатор, що полегшує роботу, допомагає консультуваному більш систематично й об'єктивно оцінити проблеми, які стоять перед ним, з метою розширення вибору різних варіантів поведінки.

Від класичної психотерапії консультування відрізняється відмовою від концепції хвороби, великою увагою до ситуації й особистісним ресурсам, від навчання – наданням значення не стільки знанням, які повідомляються консультантом клієнту в ході консультативних зустрічей, скільки особливим стосункам між консультантом і клієнтом, які допомагають останньому знаходити додаткові можливості самостійного подолання труднощів. Тим більше тут між цими трьома областями не існує жорстких меж: методи психотерапії, консультування й навчання взаємозбагачують один одного.

Оскільки консультування призначене для надання допомоги практично здоровим людям, що відчувають труднощі при вирішенні життєвих завдань, воно спроможне знайти широке застосування і в соціальній практиці, націленій на реабілітацію сім'ї дитини-інваліда.

Соціальний працівник, працюючи з сім'єю, може використати найбільш поширені прийоми консультування: емоціональне зараження, навіювання, переконання, художні аналогії, мінітренінг та ін. При цьому консультаційна бесіда може бути наповнена різноманітним змістом і виконувати різні завдання – освітні, психологічні, психолого-педагогічні.

Якщо сім'я не є ініціатором взаємодії з соціальним працівником, консультування може проводитися в завуальованій формі. Кінцева мета консультативної роботи – за допомогою спеціально організованого процесу спілкування активізувати внутрішні ресурси сім'ї, підвищити її реабілітаційну культуру й активність, відкоректувати ставлення до дитини. Ефект консультаційної роботи багато в чому визначається успіхом на попередніх етапах циклу допомоги, який рівень довіри досягнутий у взаємовідносинах між членами сім'ї і соціальним працівником.

Об'єктивна необхідність використання даного методу пов'язана з тим, що значна частина сімей, які мають дитину з особливими потребами, знаходиться в гострих або хронічних стресових станах, відчують труднощі адаптації до свого нового статусу, мають нестійку мотивацію до участі в реабілітаційному процесі, зіштовхуються з складнощами міжособистісного спілкування всередині сім'ї і з найближчим оточенням і багато іншого. І, окрім нових знань, їм потрібне спеціально організоване довірливе спілкування.

Щоб виконати регулюючу й підтримуючу функцію, спілкування повинно будуватися на паритетних началах, відрізнятися відкритістю, повагою, взаємним прийняттям особистості партнера, здатністю зрозуміти співбесідника, наданням емоційної підтримки.

Виділяють наступні етапи консультування сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями.

*Перший етап. Знайомство. Встановлення контакту. Форми досягнення необхідного рівня довіри і взаєморозуміння.* Від першого враження про фахівця залежить як результат консультації, так і весь подальший хід дослідження. Тональність першої фрази, виразність міміки, відкритість усмішки – ці невербальні засоби, необхідні фахівцеві для встановлення контакту з дитиною з обмеженими можливостями і її сім'єю, для отримання можливості увійти у світ їхніх проблем. Батьки й дитина з першої хвилини можуть знаходитися в певній напрузі. Про це будуть свідчити вираз облич, пози, підвищений або знижений тон голосу. Не варто забувати, що для членів сім'ї хворої дитини ця консультація – ще одне випробування у низці спроб знайти істину, зцілення і спокій. Тому позитивна тональність розмови, яку організовує спеціаліст, його

батьоре привітання, дозволять зняти напруженість і приступити до вивчення проблем цієї сім'ї.

*Другий етап. Визначення проблем сім'ї зі слів батьків.*  
Спочатку спеціаліст розмовляє зі всіма членами сім'ї, які прийшли на консультацію, з'ясовуючи проблеми, які їх хвилюють. Він уважно слухає батьків дитини і лише зрідка задає питання для уточнення деталей. Потім розмова може тривати окремо без дитини з кожним дорослим, за їхнім бажанням. Але розмова з матір'ю і батьком проводиться обов'язково.

Найчастіше батьків дітей з обмеженими можливостями хвилюють наступні проблеми:

- труднощі, що виникають у процесі навчання і виховання дитини;
- неадекватні поведінкові реакції дитини (негативізм, агресія, страхи, агресивне ставлення до батьків);
- негармонійні відносини з однолітками (здорові діти „обтяжуються”, соромляться хворого брата чи сестру, піддають глузуванням і приниженням; в школі, дитячому садку, на вулиці діти показують на хвору дитину пальцем або пильно, з підвищеним інтересом розглядають її фізичні недоліки, ображають, відмовляються з нею дружити та ін);
- неадекватні міжособистісні відносини дитини з близькими родичами (в одних випадках родичі шкодують хвору дитину, гіперопікають, в інших – хтось із членів сім'ї не бажає підтримувати з хворою дитиною відносини; хвора дитина, у свою чергу, може проявляти грубість чи агресію по відношенню до близьких);
- невідповідність між оцінкою можливостей дитини фахівцями освітньої установи та батьками: останні скаржаться, що вихователь недооцінює їх дитини;
- порушення подружніх відносин між матір'ю і батьком дитини;
- емоційний відкинення хворої дитини будь-ким з батьків; навіть відмова їй у матеріальному забезпеченні;
- неадекватне ставлення одного з подружжя до хворої дитини або до іншого своєї дитини з нормальним розвитком (прояв почуття ревності, гніву, агресії).

У індивідуальній бесіді з батьками спеціаліст збирає інформацію. Він знайомиться з історією сім'ї, уточнює її склад, з'ясовує анамнестичні дані дитини, історію її народження і розвитку,

вивчає документацію (результати клінічних та психолого-педагогічних досліджень, характеристики з освітніх установ тощо).

На цьому етапі у фахівця формується первинне узагальнене уявлення про проблеми дитини та її сім'ї.

*Третій етап. Діагностика становища дитини.* На цьому етапі здійснюється діагностика особливостей дитини, і прогноуються її можливості. У процесі діагностики фахівець виявляє як рівень сформованості вищих психічних процесів (їх відповідність віковим нормативам), так і особистісні характеристики дитини. Основна мета обстеження – комплексна психологічна діагностика. Вона включає: визначення характеру і ступеня порушень у дитини; виявлення індивідуальних особливостей інтелектуальної, емоційно-вольової та особистісної сфер дитини; оцінка адекватності її поведінки, характеру відносин з оточуючими, рівня критичності дитини до зауважень спеціаліста або близьких, контакту батьків з дитиною.

*Четвертий етап. Визначення реальних проблем сім'ї.* Цей етап продовжує процедуру діагностики та консультування сім'ї. Він присвячений обговоренню з батьками дитини реальних проблем, які були виявлені фахівцем у процесі вивчення дитини та її сім'ї. Спеціаліст уточнює проблему, а при необхідності і переформулює її. Його завдання на цьому етапі полягає в тому, щоб звернути увагу батьків на дійсно істотні і значущі сторони проблеми. Він підказує батькам можливий вихід, а в разі невірної постановки ними проблеми прагне переконати в неправильності їхньої власної позиції. У кожному окремому випадку фахівець вибирає тактику „малих кроків” і, використовуючи як доказ об'єктивності своєї позиції результати психологічного вивчення дитини, отримані в ході діагностики, поступово намагається змінити погляд батьків на постановку проблеми. Це найскладніша і енергоємна частина консультування. Переконати батьків і змінити їх позицію не завжди вдається відразу (іноді і зовсім не вдається). Тому розумніше вибирати компромісне рішення і давати можливість батькам оцінити пропонований спосіб вирішення проблеми і не відразу, а обдумуючи його протягом певного часу.

*П'ятий етап. Визначення способів, за допомогою яких проблеми можуть бути вирішені.* Основні проблеми сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями, можуть бути вирішені у результаті здійснення наступних заходів:



- правильного вибору для дитини програми навчання та виду спеціальної (корекційної) освітньої установи;
- організації корекційної роботи з дитиною в домашніх умовах;
- навчання батьків навичкам виховання дитини з обмеженими можливостями;
- формування у дитини адекватних відносин з усіма членами сім'ї та іншими особами (родичами, вчителями);
- зміна думки батьків про „безперспективність” розвитку їхньої дитини;
- встановлення адекватних взаємин між усіма членами сім'ї і формування на цій основі сприятливого психологічного клімату.

Спеціаліст дає батькам докладні рекомендації по кожному з перерахованих вище напрямків. Слід їх попередити про віддалені результати запропонованих заходів. Фахівець повинен переконати батьків у тому, що існуючі проблеми можуть бути зняті або згладжені, а якщо не слідувати за запропонованим шляхом, ситуація може ускладнитися. Необхідно продемонструвати упевненість в тому, що копітка і важка праця батьків буде увінчаний успіхом: їхня дитина адаптується до самостійного життя повністю або частково, буде корисною, потрібною і улюбленою у сім'ї. Якщо ж батьки не поділяють позицію спеціаліста або сумніваються в тому, що здатні здійснити намічений план, необхідно рекомендувати їх дитині відвідування корекційних навчальних занять. На цих заняттях зможуть бути присутніми і вони самі в якості учасників.

*Шостий етап. Підведення підсумків, резюмування, закріплення розуміння батьків проблем, сформованих фахівцем.* Наприкінці бесіди спеціаліст заново формує проблеми сім'ї, інтерпретує існуючі труднощі і вказує способи їх вирішення. Для усвідомлення батьками сімейних проблем у формулюванні й інтерпретації фахівця необхідний якийсь час. Новий погляд на проблему у них формується поступово. У батьків може навіть спочатку виникнути незадоволеність від результатів консультування (особливо якщо їх позиція піддавалася сумніву). У такому разі доцільно запросити сім'ю на додаткове консультування і запропонувати корекційні заходи.

Поряд із консультативними бесідами, за правилом, індивідуальними, що мають на меті активізувати потенціал окремих

членів сім'ї (частіше всього матері дитини) можуть застосовуватися групові методи роботи з сім'єю (сім'ями) – тренінги.

**Психологічний тренінг** є поєднанням багатьох прийомів індивідуальної і групової роботи, націлених на формування нових психологічних умінь і навичок. У наш час цілі тренінгових програм, що проводяться, розширилися, і тренінг перестав бути лише галуззю практичної психології, зайнявши почесне місце в соціальній роботі, системі освіти.

В освітніх тренінгах активно використовуються, наприклад, індивідуальні вправи на володіння своїм тілом, емоціями; рольові ігри в малих групах; система домашніх завдань, виступів, дискусій; прийоми арттерапії, ігротерапії, перегляд відеоматеріалів та ін. Але, як і раніше, в основі тренінгових програм лежить групова дискусія й рольова гра – у різноманітних модифікаціях і поєднаннях.

Тренінг є одним з найбільш перспективних методів вирішення проблеми психолого-педагогічної освіти батьків. Ця проблема не втрачає своєї актуальності протягом останніх десятиліть. Особливо гостро вона стоїть по відношенню до батьків дітей з особливими потребами.

Особливо в Україні, на рівні популярного книжкового викладу проблем розвитку, виховання й навчання дітей, сімейна психотерапія, яка набирає силу, частково намагається брати на себе освітні функції, але психотерапевтичні послуги поки що не стали поширеними й доступними в багатьох регіонах нашої країни.

Для того, щоб тренінг одержав визнання і був успішним, він повинен бути максимально цілеспрямованим й інтенсивним; нові вміння й навички повинні формуватися поступово, з наданням широких можливостей для їхнього закріплення. Перед батьками треба ставити завдання, адекватні рівню їх можливостей, слід використовувати безперервну систему зворотного зв'язку та ін.

Одним з важливих принципів розробки змісту тренінгу відзначимо його гнучкість та індивідуальність, тобто програма тренінгу повинна передбачати як потреби батьків, так і завдання реабілітаційного процесу, і розроблятися з цілями, спільно прийнятими педагогами й батьками.

Освітні тренінги для батьків спрямовані перш за все на розвиток умінь і навичок, які допомагають сім'ям вчитися керувати своїм мікросередовищем, ведуть до вибору конструктивних

життєвих цілей і конструктивної взаємодії. Серед таких навичок розрізняють:

- *комунікаційні вміння та навички* (вміння „активного слухання”, безоцінна реакція, яка свідчить про те, що батьки зацікавлено слухають і розуміють свою дитину; обробка прийому „Я-повідомлення”, що виражає особисте занепокоєння батьків можливими наслідками дій дитини та ін.);
- *психогігієнічні* (прийоми подолання стресових ситуацій, повсякденної саморегуляції, надання психотерапевтичного впливу на дитину та ін.);
- *психолого-педагогічні* (прийоми раннього розвиваючого навчання, модифікації поведінки дитини, ігротерапія та ін.).

Групові моделі роботи дають можливість батькам обмінюватися один з одним досвідом, задавати питання й прагнути одержати підтримку й схвалення в групі. Крім того, можливість брати на себе роль лідера при обміні інформацією розвиває активність і впевненість батьків.

Під час тренінгу, як і консультативної бесіди, особливий акцент робиться на створенні клімату довіри. Однак управління груповим процесом за кількома параметрами складніше індивідуального консультування.

Створення клімату довіри істотною мірою визначається особливою технологією проведення занять, при якій ведучий не є викладачем у традиційному розумінні цього слова. Його рольова позиція спрямована не на протиставлення себе групі, а на інтеграцію з нею. При цьому ведучому необхідно виступати одним із учасників групи і в той же час виконувати управлінські функції. Тобто основне завдання соціального працівника, що проводить тренінг, полягає не в читанні лекції, а в умілій організації дискусії, при якій ніхто не залишається в тіні і ніхто не пригнічує інших учасників своєю активністю.

Не дивлячись на високі вимоги при відповідній підготовці соціальних педагогів, саме групові форми роботи, зокрема освітні тренінги для батьків, ефективність яких доказана зарубіжним досвідом, входять до розряду провідних технологій соціально-педагогічної взаємодії.

Вищеописані методи (консультативна бесіда, освітній тренінг) є універсальними, тобто використовуються в тривалих і нетривалих формах роботи.

Ще однією формою роботи є **батьківські групи**. На сьогоднішній день формат цих груп є поєднанням клубної, терапевтичної та семінарської форм роботи, превалювання однієї з цих форм роботи швидше пов'язано з побажаннями конкретної групи батьків і етапом існування самої групи. З досвіду роботи таких груп найбільш успішні ті, які ведуть психолог і соціальний працівник спільно. Психолог відповідає в цілому за створення простору бесіди, реалізує психотерапевтичні завдання, володіє різними формами і методами психотерапевтичної та тренінгової роботи. Соціальний працівник (краще, якщо це керівник групи, в якій займаються діти) знає особливості дітей, володіє програмою розвитку для цих дітей, що реалізується в процесі занять. Наявність таких двох провідних дозволяє гнучко реагувати на запит батьків, створює певний обсяг, у якому ці запити можуть бути задоволені. Наявність соціального працівника створює в цьому плані відчуття безпеки, довіри, будучи більш звичною формою взаємодії між батьками і фахівцями. На групові зустрічі можна запрошувати різних фахівців, використовувати відеоматеріали.

Добре також, коли в групі вже присутні хоча б 1-2 активних і ініціативних батьків, які емоційно включені в роботу з дитиною або вже мають досвід роботи в подібного роду групах, – тоді вони можуть бути своєрідним центром об'єднання всіх батьків у групі.

Оптимальна кількість учасників у групі 5-10 осіб. Час роботи – 1,5 години один раз на тиждень. Залежно від побажань і можливостей такі групи можуть проводитися протягом декількох місяців або протягом усього року. Для багатьох батьків саме участь у групі є терапевтичним. Формат роботи дає можливість всім учасникам поділитися та обмінятися досвідом, проблемами та історіями хоча б їх часткового подолання, що саме по собі важливо. Досить часто батьки особливих дітей переконані, що їхні проблеми унікальні і в основному пов'язані з тим, що вони погані батьки або їхня дитина має найважчі порушення. Звичайний обмін історіями про труднощі та успіхи, розповідь про свою дитину можуть сильно змінити такий погляд на себе і свою дитину, побачити, що велика частина цих проблем характерна для інших учасників групи або що з такими ж проблемами можуть стикатися батьки звичайних дітей. Це

дає можливість поряд з досвідом переживання ситуації як проблеми оцінити свій досвід також з точки зору компетентності і сили, відчутти солідарність і об'єднання з іншими батьками.

Теми для роботи в групі в основному пропонують самі батьки, однак фахівці теж володіють цим правом і можуть виступати з ініціативою, якщо їм здається, що це буде корисно учасникам групи. Це можуть бути ті наболілі проблеми сім'ї з особливою дитиною, які батькам виявляється вкрай важко вирішити поодиночі: „Поведінка та взаємодія в громадських місцях (транспорті, магазинах, дитячих майданчиках і т.д.)”, „Як подолати агресивну поведінку”, „Як розвивати побутові навички”, „Як навчитися краще розуміти свою дитину” та ін. Великий інтерес для учасників представляють також інформаційні повідомлення про організацію соціальної та освітньої допомоги дітям і людям з порушеннями у розвитку за кордоном.

Робота таких груп може бути одним з перших кроків на шляху до формування ініціативних батьківських об'єднань, які будуть спільно діяти в галузі реалізації прав своїх дітей і сімей на освіту і гідне життя.

Основні завдання:

- подолання ізоляції родин і окремих її членів, формування основи для взаємодопомоги та об'єднання сімей, створення груп батьків, які реалізують соціальні ініціативи;
- супровід сім'ї та окремих її членів, емоційна підтримка, пошук ресурсів;
- залучення сім'ї в процес терапії, корекції і навчання дитини, зміцнення батьківської компетентності та партнерської позиції по відношенню до фахівців;
- інформаційна підтримка;
- допомога у вирішенні сімейних та особистих труднощів.

Наступна форма роботи з сім'єю, яка виховує дітей з обмеженими можливостями це **включення батьків у процес занять з дитиною.**

Батьків та інших членів сім'ї можна і потрібно включати в заняття з дитиною. Це можуть бути ігрові сесії, заняття з розвитку соціально-побутових навичок, заняття з логопедом, дефектологом, нейропсихології, тобто всі ті види занять, які проводяться з дитиною. Ця форма роботи є важливою у створенні простору партнерства і довіри між сім'єю і фахівцями. Батьки краще

зрозуміють стан дитини, її проблеми, цілі і задачі роботи, зможуть самі навчитися сприяти розвитку дитини, якщо не будуть виключені з терапевтичного та навчального процесу, а увійдуть до нього разом з дитиною і фахівцем на рівних правах. У процесі занять можна моделювати різні ситуації побутової і соціальної активності, використовувати ігри та творчість для розвитку і подолання проблем, навчати різних видів ручної діяльності тощо, які потім повинні бути інтегровані у звичайне життя сім'ї.

Важливо також підкреслити, що на певному етапі терапії участь батьків безпосередньо в терапевтичному процесі може бути небажаною, оскільки домашнє і терапевтичне середовище мають бути розмежовані, наприклад, у випадку, коли потрібно подолати звичні стереотипи у поведінці дитини, які можуть підтримуватися домашнім устроєм. Такий поділ середовища необхідний і у випадку, якщо дитина перебуває на тій стадії розвитку, коли їй потрібне створення власного простору соціальних відносин, не пов'язаних з родиною. Безумовно, і у всіх перерахованих вище випадках з родиною повинні підтримуватися відносини співпраці, і сім'я повинна розуміти, які завдання вирішуються в даний момент.

Основні завдання:

- залучення сім'ї в процес терапії та навчання, встановлення партнерських відносин з сім'єю;
- навчання членів сім'ї новим, більш терапевтичним, прийомам взаємодії, спілкування, навичкам навчання та виховання;
- розвиток батьківської компетентності;
- створення умов для переносу придбаних дитиною умінь і навичок у звичайне життя;
- допомога у вирішенні сімейних проблем та індивідуальних труднощів.

Виділяють такі додаткові форми роботи з сім'єю.

***Загальні батьківські збори та індивідуальні бесіди з керівником групи, в якій займається дитина.***

Дана форма роботи є найпоширенішою формою взаємодії між батьками і фахівцями, і покликана забезпечувати єдність виховного, освітнього та терапевтичного простору дитини, формувати і підтримувати відносини співпраці і партнерства між сім'єю і фахівцями. До того ж, оскільки ця форма поширена і в інших освітніх установах, у тому числі і тих, де виховуються і навчаються

звичайні діти, то наявність такої форми роботи є одним з невеликих кроків у нормалізації протікання життєвих циклів сім'ї.

***Залучення членів сімей до організації свят, вистав для дітей та інших форм дозвільної діяльності.***

Ця форма роботи з сім'ями є дуже важливою і необхідною, якщо мова йде про процеси нормалізації життя сім'ї та створення партнерства. Багато сімей з дітьми, які мають порушення розвитку, у звичайній ситуації настільки занурені у поточні проблеми, що відчувають дефіцит атмосфери свята і творчості, об'єднання з іншими сім'ями, нормального, природного перебігу життя. Загальні свята, екскурсії, поїздки за місто, відвідування зоопарків, театрів і т.д. допомагають сім'ям і окремим її членам долати ізоляцію, формувати форми активності, відповідні етапам життєвого циклу сім'ї з дитиною раннього, дошкільного та шкільного віку.

***Літні інтеграційні табори.***

Літні табору, де разом живуть, займаються і відпочивають діти, їх батьки, брати і сестри, а також фахівці зі своїми дітьми є ще однією формою роботи з родиною. Незвичні умови життя в наметовому таборі у лісі сприяють відкриттю нових можливостей в адаптації, зміну тих стереотипів домашнього укладу, які гальмують розвиток дитини, створюють передумови для об'єднання родин і зміцнення партнерства між родинами та фахівцями. Атмосфера „спільного дому” сприяє тому, щоб у випадках виникнення різних труднощів батьки не залишалися наодинці зі своїми проблемами, активно брали участь у спільних заходах, відчували зацікавленість фахівців у допомозі їх дітям. Фахівці допомагають членам сім'ї навчитися проживати з дитиною різні життєві ситуації, адекватно спілкуватися в цих ситуаціях з оточуючими, сприяти розширенню світу своєї дитини і відчувати себе повноцінними членами суспільства. Цей час може бути використано для інтенсивного сімейного консультування (у разі запиту сім'ї) і проведення батьківських груп.

Усі перераховані технологічні підходи, моделі й форми соціальної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями, запозичені в основному із зарубіжного досвіду, знаходять усе ширше застосування в практиці діяльності реабілітаційних установ різного типу, активно адаптуються до умов вітчизняної соціальної сфери. Однак говорити про цілісні соціально-педагогічні технології поки ще рано – вони знаходяться в стадії формування й апробації.

**Ключові поняття:** дитина з обмеженими можливостями, дитина-інвалід, сім'я, реабілітація дітей із функціональними обмеженнями, кризово-інтервентна модель, проблемно-орієнтована модель, психосоціальна модель, реабілітація, патронаж, психологічний тренінг, консультування.

**Питання та завдання:**

1. Охарактеризувати основні типи сім'ї та пояснити чому вони неоднаково впливають на розвиток особистості.
2. Розкрити основні схеми поведінки батьків та їх реакції на дефект дитини.
3. Сформулювати принципи соціально-педагогічної роботи з родиною, в якій виховується дитина з обмеженими можливостями.
4. Визначити основні напрямки соціальної допомоги сім'ї, яка має дитину з обмеженими можливостями
5. Зробити порівняльний аналіз проблемно-орієнтованої, кризово-інтервентної, психосоціальної моделей соціальної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями.
6. Охарактеризувати основні форми роботи з сім'єю, дитини з особливими потребами.

**Практичне завдання.** Запропонувати ситуацію психолого-педагогічного стану сім'ї, яка має дитину з особливими потребами та розкрити алгоритм роботи соціального працівника.

### **1.3. Специфіка соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців строкової та контрактної служби**

Соціальна робота – надання допомоги індивідам або соціальним групам, які знаходяться у важкій життєвій ситуації, уразливого положенні, не можуть самостійно впоратися зі своєю скрутою і тому потребують допомоги фахівців. На перший погляд військовослужбовці, що знаходяться в нормальних соціальних обставинах, по самому характеру своєї діяльності, набору особистісних якостей, відповідних цій діяльності, не можуть відноситися до уразливих верств населення: це, як правило, люди



середнього віку, що вважається найбільш сприятливим, їх стан здоров'я знаходиться під неусипущим професійним спостереженням, нарешті, представники Збройних Сил України, одного з найбільш шанованих соціальних інститутів, володіють високим соціальним статусом, та їх матеріальне становище вельми стійке.

Проте сама специфіка професійної діяльності, пов'язаної з військовою службою, містить у собі певні об'єктивні чинники, які негативно впливають на військовослужбовців і виконання ними певних функцій. Це характерно для озброєних сил будь-якого сучасного суспільства, але особливості становища військовослужбовців в Україні обумовлюють особливу складність їх соціальної ситуації, і це не може не позначатися на їх самопочутті та діяльності.

Перш ніж розглядати комплекс проблем військовослужбовців, необхідно привести деякі дефініції, які відповідно до чинного законодавства встановлюють статус визначуваних явищ.

Громадянин, який проходить військову службу, є військовослужбовцем і має правову позицію, яка визначається Законом України „Про військовий обов'язок і військову службу”.

Військова служба є державною службою особливого характеру, яка полягає у професійній діяльності придатних до неї за станом здоров'я і віком громадян України, пов'язаній із захистом Вітчизни (Закон України „Про військовий обов'язок і військову службу”).

Військова служба у Збройних Силах – це дуже важливий вид діяльності, покликаний гарантувати національну безпеку України. За своєю суттю вона є діяльністю військовослужбовців, для якої характерні певні обмеження: чітка регламентація професійної діяльності, поведінки та побуту; певні обмеження у деяких особистих, громадянських, політичних та соціально-економічних правах (наприклад, військовослужбовцям заборонено вступати до політичних партій, або членство у таких на період служби призупиняється; свобода слова, доступ до отримання інформації обмежуються таким поняттям як „нерозголошення військової таємниці”); відсутність звичних умов життя; звуження кола людей, з якими спілкується військовослужбовець і його сім'я. Діяльність військовослужбовців, які виконують конституційний обов'язок із захисту Вітчизни, часто пов'язана з ризиком для життя. На особистість, стиль життя військовослужбовця впливає також

можливість застосування насильства (іноді – з використанням зброї) при виконанні закріплених законом функцій.

Незважаючи на все це, специфіка праці військовослужбовця формує у нього такі соціально-типові якості, характерні для військової професії, як: законслухняність, відповідальність, мужність, дисциплінованість, виконавчість, вольові якості та ін. Ці якості набувають характеру духовно-моральних зразків, цінностей, норм, що формують так звану військову субкультуру.

Для людей, які проходять військову службу встановлюються склади військовослужбовців: *рядовий склад* (солдат, старший солдат, матрос, старший матрос), *сержантський і старшинський склад* (молодший сержант, сержант, старший сержант, старшина, прапорщик, старший прапорщик, старшина 2 статті, старшина 1 статті, головний старшина, головний корабельний старшина, мічман, старший мічман) та *офіцерський склад* (молодший офіцерський склад (молодший лейтенант, лейтенант, старший лейтенант, капітан, капітан-лейтенант); старший офіцерський склад (майор, підполковник, полковник, капітан 3 рангу, капітан 2 рангу, капітан 1 рангу); вищий офіцерський склад (генерал-майор, генерал-лейтенант, генерал-полковник, генерал армії України, контр-адмірал, віце-адмірал, адмірал).

Від приналежності до того або іншого складу залежить статус військовослужбовця, його субординаційна позиція, матеріальне становище, побічно – стан здоров'я, родинні обставини та інше. Тому соціальні проблеми військовослужбовців до певної міри можуть бути згруповані залежно від їх приналежності до того або іншого складу.

Розрізняють такі види військової служби:

- строкова військова служба;
- військова служба за контрактом осіб рядового, сержантського і старшинського складу;
- військова служба (навчання) курсантів (слухачів) вищих військових навчальних закладів, а також вищих навчальних закладів, які мають у своєму складі військові інститути, факультети військової підготовки, кафедри військової підготовки;
- військова служба за контрактом осіб офіцерського складу;
- військова служба за призовом осіб офіцерського складу.

На строкову військову службу в мирний час призиваються

придатні для цього за станом здоров'я громадяни України чоловічої статі, яким до дня відправлення у військові частини виповнилося 18 років, та старші особи, які не досягли 25-річного віку і не мають права на звільнення або відстрочку від призову на строкову військову службу.

Від призову на строкову військову службу в мирний час звільняються громадяни України:

- які визнані за станом здоров'я непридатними до військової служби;
- які до дня відправлення на строкову військову службу досягли 25-річного віку;
- батько або мати, рідний (повнорідний, неповнорідний) брат або сестра яких загинули, померли або стали інвалідами під час проходження військової служби або зборів військовозобов'язаних. Призовники, які мають право на звільнення від призову на цій підставі, можуть його не використовувати;
- які до набуття громадянства України пройшли військову службу в інших державах;
- які були засуджені за вчинення злочину до позбавлення волі, обмеження волі, арешту чи виправних робіт, у тому числі із звільненням від відбування покарання;
- яким після закінчення вищих навчальних закладів присвоєно військові (спеціальні) звання офіцерського (начальницького) складу.

Деяким категоріям призовників надається відстрочка від призову на строкову військову службу (наприклад, за сімейними обставинами, станом здоров'я, для здобуття освіти та продовження професійної діяльності); умови та термін відстрочки надається призовникам за рішенням районної (міської) призовної комісії відповідно до Закону України „Про військовий обов'язок і військову службу”.

Терміни строкової військової служби за призивом встановлюються:

- для солдатів і матросів, сержантів і старшин, які проходять строкову військову службу в Збройних Силах України та інших військових формуваннях, – до 12 місяців;
- для матросів і старшин, які проходять строкову військову службу на кораблях, суднах і в берегових частинах бойового забезпечення Військово-Морських Сил Збройних Сил України та

Морської охорони Державної прикордонної служби України, – до 18 місяців;

- для осіб, які мають вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем підготовки спеціаліста або магістра, – до 9 місяців.

Для людей, які проходять військову службу за контрактом, установлюються такі строки військової служби:

- для військовослужбовців, прийнятих на посади рядового складу, – 3 роки;

- для військовослужбовців, прийнятих на посади сержантського і старшинського складу, – 5 років;

- для курсантів вищих військових навчальних закладів та військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів – час навчання у вищому військовому навчальному закладі або військовому навчальному підрозділі вищого навчального закладу;

- для осіб офіцерського складу – 5 років.

На наш погляд, одне із провідних місць у забезпеченні належного функціонування Збройних Сил України займає сім'я військовослужбовця. Тип сім'ї військовослужбовця можна визначити за рядом ознак: якістю зовнішніх і внутрішніх меж (ретрофлексуючі і дезорганізовані); структурою влади (авторитарні, демократичні та ліберальні сім'ї); стадією становлення (молоді, середні, зрілі); складом (нуклеарні, розширені, змішані(перебудовані), неповні сім'ї, подружні); розподілом ролей (традиційні (патріархальні чи матріархальні), егалітарні); психологічним кліматом (сім'ї із сприятливим і несприятливим психологічним кліматом); мірою негараздів (проблемні, конфліктні, кризові); основними функціями сім'ї: рівнем матеріальної забезпеченості (бідні, малозабезпечені, забезпечені, багаті), професійною приналежністю, освітнім рівнем, віком, ставленням до релігії та особливими умовами сімейного життя, складом сім'ї (прості (неповні, прості нуклеарні (батьки і діти), складні (батьки, діти, дідусі, бабусі – у різних варіантах), великі (батьківська пара, декілька дітей із своїми сім'ями – три і більше подружніх пар)), кількістю дітей в сім'ї (інфертильні (бездітні), одnodітні, малодітні (дві дитини), багатодітні (троє і більше дітей до 16 років)), однорідністю соціального складу (однорідні, різнорідні); тривалістю подружнього життя (сім'ї молодят, сім'ї з тривалістю подружнього життя: від 1 до 3 років, від 3 до 5 років, від 5 до 10 років, від 10 до 20 років, від 20 до 25 років, від 25 до 30 років, від 30 років і більше),

типом керівництва (еголітарні; авторитарні); типом юридичних взаємостосунків (побудовані на шлюбних стосунках; позашлюбні; оформлені юридично, але проживають окремо), юридичними взаємостосунками батьків та дітей (рідні діти; зведені діти; усиновлені діти; опікунські сім'ї), якістю емоційно-психологічних взаємостосунків у сім'ї (гармонійні; конфліктні; емоційно неврівноважені; дезорганізовані); сім'ї із специфічними проблемами (наявністю психічних чи фізичних захворювань, правопорушників, алкоголіків, наркоманів, захворювань на СНІД, схильності до суїциду, інвалідів); благополучні і неблагополучні (у тому числі – зовні благополучні) сім'ї; професійною ознакою (сім'ї офіцерів (молодших і старших, керівного складу), сім'ї прапорщиків (які перебувають на командних, технічних посадах і посадах тилового забезпечення); сім'ї курсантів; сім'ї рядового і сержантського складу; сім'ї військовослужбовців-жінок; сім'ї цивільного персоналу (працівників силових відомств, які несуть службу); ставленням до військового соціуму (новоприбулі сім'ї; сім'ї, що вибувають до місця служби військовослужбовця; осілі сім'ї; сім'ї військових пенсіонерів; сім'ї військовослужбовців, звільнених у запас; сім'ї військовослужбовців – ветеранів війни, учасників бойових дій) тощо. Типів сучасних сімей військовослужбовців можна назвати значно більше. Крім того, у межах кожного типу можна визначити окремі види сімей військовослужбовців.

Таким чином, ситуація, що склалася вимагає розробки та реалізації низки радикальних заходів: по зміні соціального статусу військовослужбовців і членів їх сімей, закріпленого в законодавчому порядку; щодо пріоритетного розвитку соціальної роботи з ними в закритому військовому соціумі; з пошуку і використання потенціалу не лише державної та відомчої соціальної політики щодо цієї специфічної групи населення, але і нетрадиційних (або незвичних в даний час) форм надання соціальної допомоги членам сім'ї військовослужбовця. Ці заходи мають здійснюватися на декількох рівнях.

*Теоретико-методологічний рівень* припускає глибоке вивчення соціальної ситуації в країні та перспектив її розвитку у всіх сферах суспільної життєдіяльності, в тому числі і в Збройних Силах України; прогнозування можливих їх змін у соціальному самопочутті та статус основних соціальних груп населення, серед яких важливе місце належить військовослужбовцям та членам їхніх

сімей; цілепокладання в розвитку соціальної сфери життя суспільства і Збройних Сил України; визначення співвідношення соціальних потреб військовослужбовців та членів їхніх сімей з економічними можливостями суспільства на тому чи іншому етапі його розвитку; формування іміджу військовослужбовця як високопрофесійного фахівця і відповідного ставлення до нього з боку суспільства та ін.

*Концептуально-політичний рівень* вирішення соціальних проблем передбачає вироблення соціальної політики по задоволенню життєвих інтересів військовослужбовців та членів їхніх сімей. Соціальна політика відносно Збройних Сил України може розглядатися і як сукупність пріоритетів у розвитку їх соціальної сфери, і як сукупність правил, певних принципів і підходів до вирішення соціальних проблем даних категорій населення на конкретному етапі розвитку суспільства. В даний час пріоритет у формуванні та реалізації соціальної політики стосовно Збройних Сил України належить державі, що не має, однак, для цих цілей достатніх коштів.

*Громадсько-цивільний рівень* припускає участь у формуванні та реалізації соціальної політики стосовно Збройних Сил України недержавних, громадських об'єднань і комерційних структур. У зв'язку зі своїми статутними цілями або комерційними інтересами ці представники громадянського суспільства здатні не тільки впливати на вироблення пріоритетів розвитку соціальної сфери армії і флоту, здійснювану представниками держави, але й докласти серйозні зусилля з розвитку та функціонування соціальної інфраструктури у військовому середовищі. Логічно припустити, що збільшення ролі всіх суб'єктів соціальної політики щодо армії буде сприяти більш якісному вирішенню соціальних проблем військовослужбовців та членів їхніх сімей.

*Нормативно-юридичний рівень* вирішення цих проблем передбачає забезпечення соціально-правового захисту військовослужбовців та членів їхніх сімей. При цьому під соціально-правовим захистом розуміється система соціальних гарантій (а також діяльність з їхньої розробки, законодавчого закріплення і реалізації), що забезпечують мінімально достатні умови життя. Ці соціальні гарантії складають частину загального законодавства країни в соціальній сфері.

*Військово-практичний рівень* вирішення соціальних проблем військовослужбовців та членів їхніх сімей передбачає формування системи соціальної роботи з даною категорією.

Проблеми військовослужбовців (та їхніх сімей) обумовлені покладеними на них обов'язками по озброєному захисту держави, що передбачає виконання поставлених завдань в будь-яких умовах, у тому числі з можливим ризиком для життя. Це визначає особливості тієї соціально-рольової системи, в якій вони діють. Функціональні обов'язки військовослужбовців строго регламентовані, а субординаційна структура є жорстко ієрархічною. Накази вищестоящих осіб не обговорюються і підлягають неухильному виконанню незалежно від відношення до наказу тієї особи, яка його отримує. Крім того, у військовослужбовця (і у ряді випадків його сім'ї) відсутня можливість вибору заняття і місця проживання. Людина, яка проходить військову службу, часто піддається впливу несприятливих чинників: емоційне і фізичне перевантаження, дія шуму, вібрації, хімічних реагентів, замкнутого простору, монотонія, сенсорна депривація, постійний вимушений контакт з іншими військовослужбовцями, відсутність можливості побути на самоті, міжособистісна напруженість, міжособистісні конфлікти.

Усі проблеми і кризи українського суспільства знаходять віддзеркалення в Збройних Силах України, одному з соціальних інститутів країни. Так, зниження якості здоров'я й інтелекту населення призводить до того, що на військову службу потрапляють особи з серйозними соматичними або психічними захворюваннями (з іншого боку, непосильні армійські навантаження, неякісне харчування з вираженим білково-вітамінним дефіцитом призводять до появи або загострення у військовослужбовців різних захворювань); зростання злочинності у суспільстві, збільшення масштабів наркоманії і алкоголізму обумовлюють підвищення числа злочинів, що здійснюються військовослужбовцями, небезпека для самих військовослужбовців стати жертвою злочину з боку своїх колег.

Одна з гострих проблем сучасних Збройних Сил України – наявність декількох статусних систем в її рядах: офіційна (формальна) „статутна” система взаємин, яка визначається загальним законодавством і відомчими документами (статутами, інструкціями й т.п.); „дідівська” система, тобто неформальний, але, проте, широко поширений пріоритет старослуживих солдат, що насаджується ними самими, і пригноблення, приниження

новобранців; „земляцька” статусна система, відповідно до якої влада і вплив у військових колективах розподіляються залежно від приналежності до певного територіального або національного угруповання. Наявність декількох статусних систем є віддзеркаленням характерної для сучасного суспільства аномії, тобто розпаду колишніх ціннісних систем, з симптомом загальносоціальної морально-психологічної кризи. Наслідком подібного становища є зниження керованості військовими колективами, падіння дисципліни, насильство, якому частенько піддаються військовослужбовці, поширення суїциду в Збройних Силах України, причому не лише серед рядового і сержантського складу, що, як правило, обумовлено „неформальними” стосунками у військових колективах, але і серед офіцерів.

Унаслідок соціально-економічних труднощів, які зазнає країна, затримуються грошові виплати військовослужбовцям, розпадається система матеріально-технічного постачання, застарівають техніка і озброєння.

Крах колишньої ідеологічної системи, в якій Збройні Сили України, займали одне з провідних місць як символ державності, патріотизму, священного обов’язку захисту Вітчизни від зовнішніх ворогів, відсутність інших цінностей, які повинні були прийти на зміну колишнім, є причиною морально-психологічної кризи багатьох військовослужбовців, відчуття ними безцільності своєї діяльності, падіння престижу військової служби, масового ухилення від призову в армію, невпевненості військовослужбовців у стабільності свого існування, своєму майбутньому.

Загальність військової служби не здається суспільству виправданою: більшість населення підтримує перехід Збройних Сил України на контрактний принцип формування і виключно добровільне несення громадянами військової служби. Відсутність гарантованого Конституцією права на альтернативну військову службу, слабка юридична і соціальна захищеність усіх категорій військовослужбовців, економічні й побутові труднощі – усе це обтяжує морально-психологічне самопочуття військовослужбовців.

Неясність планів військової реформи, кадрових перспектив військовослужбовців, масові звільнення офіцерського складу без надання належних їм за законом житла і виплат, труднощі з влаштуванням на роботу після закінчення військової служби створюють ще один проблемний комплекс „перехідного” періоду –



між закінченням військової служби і адаптацією до громадської дійсності.

Особливу групу складають проблеми учасників війни і озброєних конфліктів, і їх реадaptaція до мирного життя. По-перше, особи, що отримали поранення або, тим більше, що втратили повністю здоров'я, працездатність, здібність до соціального функціонування, не користуються в даний час адекватним рівнем соціального забезпечення; вони та їхні сім'ї мають цілий ряд матеріальних, фінансових, житлових, медичних і соціальних проблем, на вирішення яких ні у них самих, ні у держави в даний час не вистачає ресурсів.

По-друге, це, навіть ті, військовослужбовці, які не отримали поранень в подібних озброєних конфліктах, але є носіями так званого „посттравматичного стресового синдрому”.

Його основні симптоми: слабкість психіки, при якій незначні проблеми сприймаються як нездоланні перешкоди, що штовхають людей на прояв агресії або самогубство, відчуття провини перед загиблими (за те, що залишився живий), негативне або зневажливе відношення до соціальних інститутів.

Цей контингент складний ще й тим, що в перші п'ять років після повернення з „гарячих точок” у них практично не буває захворювань. Для них у цей час характерна лише різна ступінь психоемоційного напруження. Проте через кілька років різко зростає захворюваність цих осіб навіть в порівнянні зі звичайними людьми такого ж віку, які не брали участі у військових конфліктах.

На жаль, в історії нашої країни достатньо багато „дивних” війн і конфліктів. Крім того, цілий ряд дій представників Збройних Сил України не отримали суспільного визнання, а їх учасники, що ризикували життям і що втратили здоров'я, не мають належного соціального забезпечення – наприклад, учасники ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС. Це серйозна соціальна проблема, і її вирішення може бути лише комплексним: вживання соціальних заходів, використання всіх видів реабілітації осіб, які постраждали в наслідок військової служби, розвиток протезних служб, формування доступного середовища для інвалідів, організація психологічної підтримки, зміна відношення суспільства до осіб, які виконували свій обов'язок перед державою і тому заслуговують на допомогу й підтримку.

Сім'ї військовослужбовців зазнають усі проблеми, які

притаманні для будь-яких сімей, проте у них є і власні труднощі. Так, сім'я військовослужбовця строкової служби позбавляється його заробітку – нерідко це основне джерело доходу, що за наявності дитини ставить сім'ю в скрутне матеріальне становище; допомога, що виплачується у цьому випадку не покриває витрати на утримання дитини.

Ресурси сім'ї військовослужбовця-контрактника залучені до підтримки обороноздатності поряд з особистісними ресурсами самого військовослужбовця, забезпечуючи в значній мірі його здоров'я і працездатність. Проте адекватного відшкодування цих ресурсів сім'я не отримує. Сім'я слідує за військовослужбовцем до місця його призначення, де дуже часто виникають труднощі з житлом, відсутня можливість працевлаштування дружини, а клімат нерідко несприятливий для дітей. Неодноразові переїзди сім'ї військовослужбовця до нового місця його служби змушують дітей кожного разу адаптуватися до нової школи і нового колективу. Існування в умовах військового містечка, відгородженого від зовнішнього світу, може породити синдром соціально-психологічної депривації військовослужбовців і членів їхніх сімей.

Ще одна проблема сім'ї військовослужбовця – малозабезпеченість, так як його заробітна плата відстає від зростання вартості життя, тим більше від специфічних потреб існування в умовах військової служби, а додатковий заробіток заборонений законом. Дружини військовослужбовців, навіть не дивлячись на наявність вищої освіти, як вже говорилося, часто не можуть влаштуватися на роботу унаслідок обмеженості кількості робочих місць, а допомога з безробіття виплачується лише незначній їх частині. Усе це нерідко призводить до того, що сім'ї військовослужбовців опиняються в ситуації соціального лиха.

Виходячи із зазначених проблем, метою соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України є налагодження їх позитивно спрямованої життєдіяльності та створення оптимальних умов для соціалізації членів сімей. При цьому до основних завдань соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців належать: визначення оптимальних умов здійснення соціальної роботи; налагодження ефективної соціальної роботи; соціальний захист сімей військовослужбовців; зміцнення, гармонізація та розвиток духовних процесів, внутрішньосімейних стосунків, зв'язків із соціальним оточенням; активізація функцій сім'ї, надання

допомоги у вихованні дітей; посилення позитивного впливу сімей на виконання військовослужбовцями своїх професійних обов'язків.

Виділяють наступні сфери життєдіяльності військовослужбовців, де проходить соціальна взаємодія і формуються соціальні відносини:

- військово-службова;
- суспільно-політична;
- сімейно-побутова;
- культурно-дозвілєва;
- сфера міжособистісної взаємодії (соціально-психологічна сфера).

*Військово-службова сфера* – сфера життєдіяльності військовослужбовців, де реалізується їх головна предметно-цільова функція, пов'язана з військовою службою, виконанням службових завдань, посадових, спеціальних і функціональних обов'язків, а також з дотриманням військових ритуалів.

Ця сфера відіграє вирішальну роль у формуванні та становленні особистості професійного військового в умовах військового середовища. У функціонуванні цієї сфери першорядне значення має організація таких видів діяльності, як бойова, громадсько-державна і спеціальна підготовка.

*Громадсько-політична сфера* – сфера життєдіяльності військовослужбовців, яка пов'язана з реалізацією ними сукупності громадських, особистісних, політичних і соціально-економічних прав і свобод, встановлених законом, закріплених в нормах права і гарантованих державою.

*Сімейно-побутова сфера* – сфера життєдіяльності військовослужбовців, яка пов'язана із задоволенням їхніх потреб на сімейному і побутовому рівні. Основними предметними чинниками даної сфери є житлові та побутові умови життєдіяльності військовослужбовців та членів їхніх сімей, забезпеченість усіма видами достатку та ін.

*Культурно-дозвілєва сфера* – сфера життєдіяльності військовослужбовців, яка пов'язана із задоволенням їхніх духовних потреб і організацією їх дозвілля і вільного часу. Особливості територіального розташування багатьох частин Збройних Сил України та військових формувань інших силових відомств, їх віддаленість від населених пунктів створюють значні проблеми в реалізації даних потреб особистості військовослужбовця і членів

його сім'ї.

*Сфера міжособистісної взаємодії (соціально-психологічна сфера)* охоплює взаємодію на формальному (службовому) і на неформальному рівні, засвоєння і виконання військовослужбовцями різних соціальних ролевих функцій, процес їхнього входження в нову соціальну середу, в системи соціальних зв'язків і відносин між собою, з командним і підлеглим особовим складом, з членами сім'ї та соціальним оточенням.

Соціальна робота з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України здійснюється відповідно до Законів України „Про Збройні Сили України”, „Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”, Концепції виховної роботи у Збройних Силах України та інших військових формуваннях України, Концепції гуманітарного і соціального розвитку Збройних Сил України, ряду інших законодавчих та нормативних документів.

Зміст соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України та її результативність залежать від багатьох чинників, і, насамперед, від особливостей життєдіяльності цих сімей. До таких особливостей відносимо:

1. Переважаюча нуклеарність і малодітність (виховують двоє дітей) сімей, що зумовлюється частими переїздами у зв'язку із зміною місця проходження служби та, у більшості випадків, низьким рівнем матеріального забезпечення військовослужбовців;

2. Дистантність більшості сімей (приблизно 75 % сімей військовослужбовців проживають нарізно), що викликано проблемами у забезпеченні роботою дружин військовослужбовців за місцем проходження служби чоловіком та труднощами у забезпеченні сім'ї житлом;

3. Нереалізованість сподівань стосовно один одного у зв'язку із специфікою військової професії;

4. Мінімальний розподіл праці на „чоловічу” і „жіночу” у більшості сімей, у зв'язку із специфікою військової служби (закономірним є підвищення статусу жінки в сім'ї, яка виконує типово керівну роль у веденні господарства);

5. Раннє „дорослішання” дітей військовослужбовців, пов'язане із специфікою професійної діяльності батьків-військовослужбовців, частими переїздами, що зумовлюють швидше формування навичок переборювати труднощі, долати стреси тощо;

6. Складність стосунків дітей і батьків, зумовлена можливістю дітей проводити велику частину вільного часу поза сім'єю, або лише під наглядом матері. Як правило, цей час вони присвячують заняттям, що є прийнятними серед однолітків, і далеко не завжди піклуються про схвалення їх батьками.

Виходячи із зазначеного, метою соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців є гармонізація внутрішньої взаємодії, налагодження позитивно спрямованої життєдіяльності сімей, організація співпраці індивіда і соціального військового середовища. Саме взаємозв'язок індивіда і соціального військового середовища обумовлює основні завдання соціальної діяльності з сім'ями військовослужбовців: здійснення впливів на індивіда з метою його соціалізації у військовому середовищі, забезпечення його входження в конкретний військовий соціум; вдосконалення соціального військового середовища (і, природно, конкретного військового соціуму) в інтересах індивіда; оптимізація взаємодії індивіда і соціального середовища; організація соціальної взаємодії в сім'ях; налагодження позитивно спрямованої життєдіяльності сімей військовослужбовців.

Об'єктом діяльності соціального працівника з сім'ями військовослужбовців є конкретна сім'я (особа), включена у соціальне військове середовище, подружжя, дитина, оточення сім'ї. Предметом – практична діяльність відповідних інститутів і організацій, а також окремих осіб із забезпечення взаємозв'язку сім'ї військовослужбовця і середовища її життєдіяльності. За змістом діяльність соціального працівника з сім'єю військовослужбовця поділяється на такі види: освітня; виховна; психологічна; посередницька. Залежно від терміну надання, основні види соціальної допомоги сім'ям військовослужбовців поділяють на: короткочасні та довготривалі (від чотирьох місяців і більше).

Численні наукові дослідження доводять, що соціальна робота з даною категорією сімей підпорядковуватиметься наступним принципам:

1) *соціально-політичним*: принципу законності та прав людини, який полягає у забезпеченні державою та відповідними соціальними інститутами реалізації прав і свобод, ратифікованих нашою державою; принципу державного підходу до завдань, який реалізується шляхом активної участі держави у підготовці і організації соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців;

принципу зв'язку змісту соціальної діяльності з конкретними умовами функціонування сім'ї військовослужбовця, що полягає у організації допомоги та підтримки, зумовленій умовами макро- і мікросередовища цієї сім'ї;

2) *соціально-педагогічним*: принципу особистісного соціально-діяльнісного підходу до професійної діяльності, який забезпечує облік у соціальній роботі усієї сукупності потреб кожного члена сім'ї військовослужбовця, переорієнтацію членів сім'ї з пасивно-споживчої на активно-змінюючу соціальну діяльність; принципу диференційованого і індивідуального підходу до об'єкта діяльності, який передбачає необхідність відмежування конкретних потреб сім'ї військовослужбовця від загальних, врахування індивідуальних особливостей кожного члена сім'ї і ситуації, що склалася; принципу суверенності сім'ї, який забезпечує врахування права сім'ї на пошук та отримання (чи відмови від) допомоги, вибору з наявних варіантів надання допомоги найбільш прийняттого для сім'ї, погодження щодо втручання в особисте життя сім'ї військовослужбовця (за винятком випадків, обумовлених законом);

3) *організаційним*: принципу інтеграції, який забезпечує координацію зусиль керівництва військової частини, державних і недержавних організацій у вирішенні проблем сімей військовослужбовців; принципу професійної компетентності, який передбачає надання допомоги спеціалістами відповідного кваліфікації та підкреслює обов'язковість професійної підготовки фахівця; принципу контролю, який забезпечує контроль щодо організації та здійснення соціальної підтримки і захисту, їх результативності, а також формування рекомендацій з підвищення ефективності цих процесів;

4) *специфічним*: принципу соціокультурної спрямованості соціальної діяльності, який передбачає використання поняття „культура соціального військового середовища” як мету і критерій оцінки рівня розвитку середовища існування сімей військовослужбовців у конкретних військових частинах, містечках, гарнізонах, місцях їх компактного проживання; принципу наукової обґрунтованості соціальної діяльності, що забезпечує вивчення вітчизняного і зарубіжного досвіду, визначення змісту, організації і методики соціальної діяльності з військовослужбовцями і їх сім'ями; принципу цілеспрямованості, відповідно до якого соціальний працівник повинен цілеспрямовано досягати позитивного результату

у роботі з сім'єю військовослужбовця, впливаючи на свідомість, волю, почуття і вчинки як членів сім'ї, так і її оточення; принципу універсальності, згідно якого слід виключити дискримінацію при наданні соціальної допомоги сім'ї військовослужбовця за будь-якими ознаками: ідеологічними, політичними, релігійними, національними, расовими, віковими, тощо; принципу соціального реагування, який передбачає усвідомлення необхідності вживати заходів до виявлених соціальних проблем сім'ї військовослужбовця, діяти відповідно до конкретних обставин соціальної ситуації індивідуальної сім'ї; принципу клієнтоцентризму, що означає визнання пріоритету прав сім'ї військовослужбовця в усіх випадках, крім тих, де це суперечить правам та інтересам інших людей; принципу опори на власні сили, який підкреслює суб'єктну роль сім'ї військовослужбовця, її активну позицію у вирішенні своїх проблем (йдеться про сім'ї, достатньо дієздатні з огляду на їх інтелектуальні, психічні та фізичні ресурси); принципу конфіденційності, що полягає у забезпеченні нерозголошення тієї інформації про сім'ю військовослужбовця, яка може завдати їй шкоди, чи дискредитувати її членів; принципу толерантності, якого слід дотримуватись насамперед у роботі з сім'ями, які можуть не викликати симпатії у фахівця (політичні, релігійні й національні особливості індивідів, які потребують допомоги, їхні поведінкові стереотипи й сама зовнішність можуть виявитися неприємними для соціального працівника); принципу системності, згідно якого сім'я військовослужбовця – це органічна єдність, що становить складну систему структурних елементів і функціональних взаємодій; принципу об'єктивності, який у широкому соціологічному аспекті передбачає об'єктивний підхід до проблем сім'ї військовослужбовця на теоретичному й державно-організаційному рівнях; у вузькому розумінні – вимагає від фахівця, який надає допомогу сім'ї, подолання усіх проявів аберації (перекручувань у результатах соціального спостереження й технологічного вибору), які виявляються у результаті дії чинників, визначених самим соціальним працівником; принципу гуманізму, що має на меті професійну діяльність на основі людяності, емпатії, альтруїзму, прийняття особистості такою, як вона є – з усіма позитивними і негативними сторонами; принципу фамілієцентризму (родиноцентризму), який передбачає, що у процесі організації соціальної діяльності на всіх її рівнях права та інтереси сім'ї

стоятимуть на першому місці, маючи пріоритет перед правами та інтересами держави, товариства та ін.

У своїй сукупності вищевказані принципи визначають функції і сфери соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України, а саме:

- *діагностичну функцію*, яка зумовлює сферу соціальної діагностики і прогнозування. Соціальній діагностиці підлягають: власне соціальні потреби сімей військовослужбовців; ступінь розвитку цих потреб і їхнього задоволення в конкретній військовій частині, військовому містечку, гарнізоні, місці компактного проживання військовослужбовців і членів їхніх сімей; ступінь розвитку інфраструктури конкретного військового соціуму і її відповідності потребам його мешканців; ступінь оптимальності і гармонійності взаємодії військовослужбовців і членів їхніх сімей із середовищем їхнього перебування та ін.;

- *обслуговуючу функцію*, яка зумовлює розвиток відповідної сфери соціально-побутового обслуговування;

- *адаптаційну функцію*, якій відповідає сфера соціальної адаптації (реадаптації) сімей військовослужбовців та становлення кожного члена сім'ї як сім'янина, члена колективу, фахівця та ін.;

- *превентивну, профілактичну і корекційну функції*, які формують сферу соціальної профілактики і корекції поведінки членів сімей військовослужбовців і умов та факторів військового середовища;

- *реабілітаційну функцію*, що зумовлює розвиток і функціонування сфери соціальної реабілітації і реалізується стосовно тих сімей військовослужбовців, які мають несприятливу, негативну динаміку розвитку; військовослужбовців з несоціалізованою і девіантною поведінкою; військовослужбовців і членів їхніх сімей, які зазнали психотравмуючого впливу військової служби та ін.;

Діяльність інститутів і спеціалізованих служб даної сфери, що реалізують реабілітаційну функцію, повинна бути значною мірою орієнтована на профілактику, своєчасне попередження соціальних відхилень і факторів, які їх формують.

- *анімаційну функцію*, яка зумовлює формування і функціонування сфери соціально-культурного розвитку і пов'язана не лише з організацією дозвілля сімей військовослужбовців, але і з гуманізацією вільного часу кожного члена військового соціуму.



Інститутами даної сфери є різні установи культури (театри, кінотеатри, Будинки офіцерів, гарнізонні клуби, клуби військових частин, бібліотеки та ін.) І спеціалізовані служби, що створюються недержавними організаціями у військовому соціумі;

- *освітню функцію*, що зумовлює розвиток сфери підготовки і перепідготовки кадрів і охоплює військовослужбовців, які звільняються або вже звільнилися з військової служби, а також членів їхніх сімей та пов'язана з їхньою професійною орієнтацією, перепідготовкою на нові для них спеціальності і працевлаштуванням відповідно до потреб місцевого або регіонального ринків праці;

- *прогностичну функцію*, яка дозволяє прогнозувати перспективи розвитку і задоволення потреб сімей військовослужбовців;

- *організаційно-розпорядчу функцію*, яка зумовлює розвиток і функціонування сфери менеджменту соціальної діяльності;

- *функцію забезпечення сприятливих соціально-екологічних умов для життєдіяльності і розвитку сімей військовослужбовців*, що передбачає діяльність з усунення негативних факторів, поліпшення умов праці і побуту військовослужбовців, сприяння підвищенню можливостей працездатності військовослужбовців і здатності їх сімей до соціального функціонування;

- *функцію розвитку соціальних комунікацій*, яка полягає у ліквідації напруженості, конфліктів, особливо в закритих військових містечках, відірваних від широких соціальних контактів;

- *функцію соціальної освіти*, яка формує відповідну їй сферу соціальної освіти та проявляється у організації вивчення, узагальнення і поширення передового досвіду соціальної діяльності; виданні і поширенні наукової, навчальної і методичної літератури з соціальної роботи у військовому середовищі; презентації програм і проектів соціально-педагогічної діяльності з сім'ями військовослужбовців.

Функції соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців тісно пов'язані із її напрямками. Основні напрями соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців зумовлюються проблемами, які виникають у кожній конкретній сім'ї.

Напрямами соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців є:

- систематичний розгляд питань практичної роботи з сім'ями військовослужбовців, цивільного персоналу та умов їх життя;

- безпосереднє спілкування командирів і начальників з родиною військовослужбовців і жіночим активом, постійна увага до життя військовослужбовців, стану моральної атмосфери в їхніх сім'ях, утвердженню в них тверезого способу життя;
- урахування нестатків і потреб молодих і багатодітних сімей військовослужбовців, при розгляді питань надання житла, фінансового забезпечення, надання матеріальної допомоги;
- роз'яснення положення нормативно-правових актів щодо поліпшення соціально-економічного становища, про пільги, що надаються військовослужбовцям, громадському персоналу Збройних Сил України та членами їхніх сімей;
- турбота про організацію дозвілля та сімейного відпочинку, оздоровлення дітей військовослужбовців і громадянського персоналу, активне використання можливостей культурно-освітніх установ і спортивних споруд Збройних Сил України;
- роз'яснення членам сімей військовослужбовців завдань, що випливають з особливостей життя військових колективів;
- спрямування зусиль на підвищення престижу міцного сімейного союзу, материнства та батьківства, відповідальності подружжя за збереження родини, створення у ній обстановки високої моральності і взаємної поваги, що сприяє успішному виконанню військовими кадрами їх службового обов'язку;
- працевлаштування жінок, розвиток форм надомної роботи;
- залучення членів сімей військовослужбовців у благоустрій військових містечок, вулиць, будинків.

Таким чином, соціальна робота з сім'ями військовослужбовців покликана задовольняти різні соціальні потреби військовослужбовців і членів їх сімей.

Форми соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців класифікують за такими ознаками: складом і кількістю учасників (індивідуальні, групові, масові); тривалістю (одноразові заходи, постійно діючі, „пульсуючі”); перспективою (розраховані на близьку перспективу, розраховані на середню перспективу, розраховані на віддалену перспективу); місцем проведення (стаціонарні, виїзні, пересувні, циклічні); ступенем самостійності учасників (групи самопомоги, взаємодопомоги; ті, які працюють за допомогою консультанта, сім'ї, які працюють під безпосереднім керівництвом соціального працівника); рівнем творчості (інформаційні, репродуктивні, тренувальні, творчі); видом діяльності (ігрові,

комунікативні, трудові, навчальні); умовами здійснення (екстрені, звичайні); характером спілкування (безпосередні, опосередковані); метою (спрямовані на збір та аналіз інформації, участь у формуванні сімейної політики і завдань соціальної роботи, участь у реалізації сімейної політики і проведенні соціального супроводу сім'ї, профілактику неблагополуччя та його рецидивів, узагальнення результатів, контроль за якістю соціальної роботи); складністю побудови (прості, складні, комплексні).

Найпоширенішими методами роботи соціального працівника з сім'ями військовослужбовців є: бесіда, переконання, формування перспективи, вправа, заохочення і покарання, методи подолання конфліктів (прямі і опосередковані), методи діагностики (спостереження (включене, систематичне, не систематичне, ситуативне), анкетування (відкрите і закрите), тестування, соціометрія, інтерв'ю, моніторинг). Ефективність діяльності соціального працівника зумовлюється чіткою взаємодією та взаємовідповідністю методів, прийомів і засобів, які використовуються в межах усієї методики. У роботі з сім'ями військовослужбовців використовують твірні (заохочення, увага, прохання, довіра, зміцнення індивіда у власні сили) і гальмівні (наказ, натяк, вдавана байдужість, недовіра, осуд, попередження, вибух емоцій) прийоми. У якості засобів соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців найчастіше виступають книги, засоби масової інформації, природа і навколишнє середовище.

Технології соціальної роботи з військовослужбовцями та їхніми сім'ями розрізняються залежно від характеру і глибини їх соціальних проблем, що в значній мірі визначається приналежністю до призовного або контрактного контингенту, певного складу військовослужбовців, тривалістю їх перебування на військовій службі.

Так, безумовно, матеріальні труднощі й соціальні обмеження, які зазнаються солдатами термінової служби та їхніми сім'ями (малий грошовий достаток, життя в казармі, далеко від сім'ї), можуть бути не характерними для солдатів особливих спеціальностей (музиканти, спортсмени), які деколи живуть у сім'ї і отримують певну винагороду за свою працю в період військової служби.

Військовослужбовці потребують захисту своїх прав і в проведенні виховно-адаптаційних і культурно-рекреаційних заходів, що виробляють звичку до перебування в досить монотонних умовах

військової служби, в постійному оточенні одних і тих же людей.

Мета соціальної роботи в найзагальнішому вигляді полягає в тому, щоб відновити фізичні і психічні сили військовослужбовців, скоректувати їх особистісні установки, навчивши їх терпимо відноситися до примусового спілкування з іншими: внести елементи соціальної справедливості до субординаційних стосунків, характерних для військової служби.

Соціальна робота з військовослужбовцями здійснюється як безпосередньо в умовах Збройних Сил України, так і в суспільстві у цілому. Невірно було б думати, що в армії вона є обов'язком лише заступників командирів по роботі з особистісним складом. Безумовно, саме вони в першу чергу зобов'язані займатися соціальним захистом військовослужбовців, так само як військові психологи, юристи, фахівці військово-медичних установ. Проте стройові командири і керівники будь-якого рангу також повинні забезпечувати в межах своєї компетенції соціальну захищеність підлеглих ним військовослужбовців та їхніх сімей. Одне з найважливіших завдань – дотримання всіх прав і пільг, які належать військовослужбовцям згідно із чинним законодавством, забезпечення таких соціально-побутових умов, які не руйнують здоров'я і працездатність людей, що несуть військову службу.

Важливу роль відіграє усунення хоча б найбільш грубих проявів неформальних відносин у Збройних Силах України в рамках „дідовських” і „земляцьких” статусних систем.

На жаль, в теперішніх умовах не представляється можливим повністю усунути ці потворні явища – потрібно змінити морально-психологічний клімат у суспільстві, подолати такий поширений культ жорстокості, знизити ступінь криміногенності, запобігти приходу до Збройних Сил України осіб з кримінальним минулим, а також хворих психологічними або психічними відхиленнями, підвищити авторитет військової служби у цілому і офіцерів зокрема. Однак і в існуючих умовах можна зробити спроби захистити військовослужбовців строкової служби: поліпшити соціальний контроль у військових колективах, створити більш довірчі взаємини між солдатами, молодшими командирами і офіцерами, застосовувати суворі санкції за кожен випадок насильства над військовослужбовцем. У зв'язку з цим безумовно необхідно покінчити з практикою замовчування злочинів проти військовослужбовців строкової служби, інформувати

військовослужбовців про їхній правовий статус, роз'яснювати механізм користування цими правами, консультивати з приводу конкретних ситуацій і конфліктів.

Оскільки сім'ї військовослужбовців строкової служби мають згідно з законодавством ряд пільг, спрямованих на полегшення їхнього існування аж до повернення з армії годувальника (наприклад, допомогу на дитину військовослужбовця строкової служби встановлено в розмірі 1,5 мінімальної заробітної плати), соціальний працівник в першу чергу повідомляє їм про наявність цих пільг і надає допомогу в їх отриманні. На жаль, оскільки тут задіяні кошти місцевих бюджетів, ці допомоги часто виплачуються нерегулярно – в цьому випадку сім'ї військовослужбовця строкової служби може бути надана адресна соціальна допомога, а також термінова соціальна допомога у вигляді грошових виплат або в натуральній формі (продукти, одяг, паливо і т.п.). Така сім'я може розглядатися як тимчасово неповна сім'я, в зв'язку з чим соціальні працівники при необхідності повинні надавати дружині військовослужбовця сприяння в її працевлаштуванні, влаштуванні дитини в дитячий дошкільний заклад, психологічну підтримку.

Соціальна робота з батьками пенсійного віку військовослужбовців строкової служби аналогічна соціальній роботі з іншими літніми клієнтами.

Зрозуміло, що в період збройних конфліктів члени сім'ї військовослужбовців особливо мають потребу в інформації про життя і здоров'я своїх родичів, але організувати таку роботу у стані лише Міністерство оборони України та інші міністерства і відомства, службовці яких знаходяться в зоні бойових дій, а не установи соціального обслуговування.

Основні соціальні проблеми військовослужбовців-контрактників, що належать до різних складів (офіцер, прапорщик, старшина або солдат), можуть бути подібними:

- малозабезпеченість;
- проблеми з освітою і вихованням дітей;
- проблеми зі здоров'ям самого військовослужбовця і членів його сім'ї;
- проблеми з житлом;
- проблеми з роботою і соціальним становищем дружини військовослужбовця.

Напруженість в сім'ї військовослужбовця може

обумовлюватися не тільки загальними сімейними проблемами, але й цілим рядом специфічних факторів; невпевненість у майбутньому, в тому від матеріальних нестатків і частих переїздів на необлаштовані місця, важкої і напруженої служби; невдоволення дружини недостатньою участю чоловіка у сімейному житті та вихованні дітей, нереалізованість своїх можливостей; тривога за долю дітей та ін.

Такий стан може посилюватися відчуттям вимушеності свого перебування на військовій службі, неможливістю змінити своє життя, невідомістю свого майбутнього, оскільки звільнення з військової служби тягне за собою втрату права на якісь пільги (не секрет, що для значної частини військовослужбовців-контрактників військова служба – це єдина або найбільш підходяща можливість отримати житлову площу для сім'ї).

Військовослужбовці, які підлягають швидкому звільненню з військової служби, а також нещодавно звільнені зазнають соціальні й психологічні кризи, глибина яких залежить від тривалості їх перебування на військовій службі, віку, особливостей характеру, вимушеного чи добровільного звільнення з військової служби, ступеня вирішенні їхніх соціальних проблем.

Непередбачуваність та стохастичність відносин, характерні для громадянських осіб, суперечать чіткості й визначеності військової служби; навички директивного поводження з людьми не завжди виявляються застосовними в громадянських умовах. Крім того, багато військовослужбовці не можуть знайти застосування своїм здібностям в умовах ринкових відносин, адаптуватися до цих відносин.

Завдання соціальної роботи з військовослужбовцями, які несуть службу за контрактом – соціальне і юридичне консультування з усіх питань, пов'язаних з їхніми правами та можливостями до і після звільнення, правами членів їхніх сімей, захист їхніх інтересів перед командуванням частини, вищими інстанціями, органами місцевої влади. У разі порушення таких прав офіцер, який здійснює соціальну роботу, направляє інформацію про це в порядку підлеглості і сприяє відновленню прав. У його обов'язки входить роз'яснення військовослужбовцям та членам їхніх сімей нормативної бази вирішення конфліктних ситуацій, надання допомоги в зверненні до інстанцій, компетентні вирішити конфлікт.

Важливу роль відіграє соціально-педагогічна допомога дітям

військовослужбовців, проведення педагогічної корекції з метою ліквідації труднощів у навчанні, усунення виховних дефектів, соціальної реадaptaції дітей та підлітків, які мають проблеми. Чималий виховний потенціал має система дитячих військово-спортивних таборів, клубів і гуртків, що допомагає відродити у підлітків подання про високий соціальний статус військової служби, повагу до праці батьків.

Одна з функцій соціальної роботи в Збройних Силах України – забезпечення сприятливих соціально-побутових і соціально-екологічних умов для військовослужбовців. Поліпшення умов праці та побуту військовослужбовців, усунення антропогенного забруднення навколишнього середовища, безсумнівно, буде сприяти підвищенню працездатності військовослужбовців і їх здібностей до соціального функціонування.

Одна з важливих функцій соціальної роботи – розвиток соціальних комунікацій, ліквідація міжособистісної напруженості, конфліктів, згуртування військових колективів (особливо в закритих військових містечках, гарнізонах, надовго відірваних від сім'ї, суспільства). З цією метою застосовуються конфліктологічні процедури, технології посередництва, методи групової терапії у вигляді бесід, ігор й т.п., тренінги спілкування і навчання комунікативним навичкам, виявлення психологічної сумісності або несумісності індивідів для комплектування найбільш життєздатних або стабільних колективів.

Технології психологічного тренінгу, психотерапії та психокорекції найбільш поширені в роботі з великими групами людей, до яких, безумовно, відносяться і військовослужбовці. Стимуляція позитивних психологічних реакцій і придушення або згладжування негативних реакцій необхідні в умовах постійного і вимушеного спілкування з іншими людьми. Потрібно вчити людей пом'якшувати негативні риси свого характеру, практикувати аттрактивні (які привертають) спілкування, яке нейтралізує можливу агресію з боку оточуючих, розв'язувати проблеми на доконфліктній стадії. За допомогою аутотренінгу військовослужбовці можуть навчитися керувати своїми емоціями, самовідновлюватися після сильних навантажень. Проведення такої роботи можливо також у формі групової терапії, тобто у формі створення груп самопомоги та взаємопідтримки.

Певний внесок у поліпшення становища військовослужбовців

та їхніх сімей можуть внести соціально-економічна робота, організація самопомоги та взаємодопомоги сімей військовослужбовців, розвиток елементів малого виробництва, кооперативних форм праці. Організатори соціальної роботи можуть виконувати функції консультантів та менеджерів, посередників у контактах асоціації і об'єднань дружин військовослужбовців з органами соціального захисту населення, медичними установами, іншими органами та установами.

Для пом'якшення напруженості у сім'ях військовослужбовців, запобігання конфліктів або кризових ситуацій велике значення має розвиток спеціальної системи сімейного консультування та сімейної терапії. У випадках проживання далеко від великих міст наявність такої служби буде єдиною можливістю для сімей військовослужбовців отримати професійну допомогу у стабілізації сім'ї.

Якщо в містах, в яких функціонують центри допомоги сім'ї і дітям, створення особливих установ для сімей військовослужбовців недоцільно з економічних чи інших міркувань, фахівцям центрів необхідно отримати додаткову підготовку з метою надання військовослужбовцям та їх родинам кваліфікованої допомоги.

Специфічними завданнями соціального працівника в Збройних Силах України є навчання і перенавчання звільнених військовослужбовців і їхніх дружин цивільним професіям, що користуються попитом на ринку праці, правильна психологічна орієнтація і корекція очікувань, підготовка до неминучого зміни способу життя.

Культурно-дозвілєва діяльність у Збройних Силах України, можливо, має набагато більше значення, ніж в інших сферах життєдіяльності. Вона надає можливість не тільки рекреації, відновлення втрачених сил, але і згуртування колективу, порушення монотонності військової служби, прояви свободи. Соціальний працівник стежить за регулярністю і рівним доступом всіх до культурно-дозвілєвої діяльності, сприяє більш широкому залученню до неї всіх бажаючих, забезпечення відповідним обладнанням та інвентарем.

Особливої уваги заслуговує соціальна робота з особами, які звільнились з військової служби, вона повинна проводитися в основному за місцем проживання колишніх військовослужбовців (у військових містечках, на місцях їх компактного проживання в



населених пунктах). Соціальна робота покликана забезпечити гармонійну взаємодію людини з громадським соціальним середовищем за рахунок його реадaptaції до неї, тобто своєчасне включення колишніх військовослужбовців і членів їхніх сімей в загальногромадянське життя.

Сукупність видів діяльності, спрямованих на задоволення соціальних потреб сімей громадян, звільнених з військової служби, називається соціальною роботою з членами сімей військовослужбовців. Повний облік і задоволення всього комплексу потреб людини можливий тільки з опорою на сім'ю; тому ядро соціальної роботи з колишнім військовослужбовцям складає робота з сім'єю.

Тільки активна участь членів сім'ї у вирішенні своїх проблем спільно з конкретним спеціалістом соціальної роботи сприяє активному розвитку і людини, і військового соціуму, та механізмів їх взаємодії. Робота з членами сімей військовослужбовців проводиться за місцем проживання військовослужбовців у військових містечках гарнізонів, військових частинах, полігонах, базах, однак вона практично не ведеться в місцях компактного проживання сімей військовослужбовців у великих населених пунктах.

Однією з важливих складових соціальної роботи є адаптація військовослужбовців, звільнених з армії, до громадянського середовища. Проте в даний час у військових організаціях не існує в достатній кількості спеціалізованих служб соціальної адаптації. Такі служби створюються поки в рамках окремих недержавних об'єднань, асоціацій та фондів.

Іншою важливою складовою соціальної роботи є соціальна реабілітація військовослужбовців запасу. Інститутами цієї сфери можуть бути різні медичні, психологічні та психотерапевтичні, виховні та освітні, правові, культурно-дозвільні та спортивні організації та установи.

Діяльність інститутів і спеціалізованих служб даної сфери, що реалізують реабілітаційну функцію, також повинна бути значною мірою орієнтована на профілактику, своєчасне попередження соціальних відхилень і факторів, які формують їх. Важливою умовою успішності соціальної реабілітації є наявність і відповідна організація діяльності фахівців відповідного профілю, перелік і кількість яких визначається діагностико-прогностичними службами в залежності від потреб того чи іншого військового соціуму.

Важливим напрямком діяльності у даній сфері є створення спеціалізованих служб соціальної роботи у військовому середовищі; об'єднання їх в єдину інфраструктуру соціальної служби медико-психолого-педагогічного характеру; організація в конкретному військовому соціумі субординаційних-координаційних зв'язків державних, відомчих та громадських служб соціальної роботи; залучення до неї потенціалу громадських організацій.

У соціальній роботі з колишніми військовослужбовцями та членами їхніх сімей необхідно дотримуватися принципу інтеграції, який означає:

а) об'єднання зусиль різних вертикальних (відомчих) структур соціальної роботи (медичної, економічної, психологічної, культурно-дозвілдової та ін.) на задоволенні соціальних потреб осіб, звільнених з військової служби, та членів їхніх сімей безпосередньо в їх соціумі, тобто в конкретній військовій частині, військовому містечку, гарнізоні або місці компактного їх проживання в населених пунктах;

б) інтеграцію міжвідомчих та диференційованих (спеціалізованих) служб соціальної роботи в комплексні соціальні служби (центри) в конкретних військових організаціях, на територіях і в населених пунктах;

в) забезпечення багатопрофільністю та взаємодоповнюваності в діяльності структур (служб) соціальної роботи з колишніми військовослужбовцями та членами їхніх сімей у населеному пункті за місцем їх проживання;

г) формування структури соціальної роботи як соціальної служби медико-психолого-педагогічного характеру, яка вирішує всі основні соціальні проблеми на рівні конкретного клієнта і його сім'ї за місцем проживання.

Диференціація служб соціальної роботи, характерна для минулих років, застаріла. В даний час доцільно створення комплексної соціальної служби, яка об'єднує зусилля різних профільних служб соціальної роботи.

Медико-психолого-педагогічний характер соціальної служби (центру) передбачає зосередження зусиль соціальних працівників, психологів та медиків на пріоритетному розвитку медичної, психологічної та педагогічної служб соціальної роботи в широкому спектрі надаваних ними послуг відповідно до запитів колишніх військовослужбовців.

Ще однією з найвагоміших умов ефективності соціальної

роботи з сім'ями військовослужбовців є професіоналізм фахівця, який здійснюватиме цю роботу. Соціальна робота є універсальним видом діяльності. Вона вимагає від спеціаліста знань у найрізноманітніших сферах і, що найважливіше, уміння використовувати їх на практиці. Основними завданнями соціального працівника у роботі з сім'ями військовослужбовців є: виявляти сім'ї військовослужбовців та окремих осіб, які потребують різних видів соціальної допомоги; виявляти причини виникнення у них проблем, конфліктних ситуацій, сприяти їх розв'язанню; сприяти різноманітним громадським і державним організаціям і закладам у наданні необхідної соціально-економічної допомоги сім'ям військовослужбовців; надавати допомогу в сімейному вихованні, укладенні трудових договорів про надомну роботу жінкам військовослужбовців, які мають неповнолітніх дітей; проводити психолого-педагогічну та юридичну консультації; виявляти сім'ї військовослужбовців, які мають потребу в лікуванні, отриманні матеріальної, соціально-побутової чи іншої допомоги; організовувати соціальний захист сімей військовослужбовців; брати участь у роботі зі створення центрів соціальної допомоги сім'ям військовослужбовців, дитячих і сімейних центрів, клубів та асоціацій, об'єднань. Професійна діяльність соціального працівника у сім'ях військовослужбовців характеризується трьома основними підходами до розв'язання їх проблем: *виховний* – роль учителя, консультанта, експерта; *фасилітативний* – роль помічника, прихильника або посередника у подоланні труднощів чи проблем; *адвокативний* – роль адвоката, а також помічника людей, які не спроможні самотійно захищати свої права. Соціальний працівник у своїй діяльності виступає також посередником між сім'єю військовослужбовця, державою, громадськими організаціями та законодавчими органами. Послуги, які він надає сім'ї, спрямовані на допомогу у створенні й поліпшенні умов її життєдіяльності, можливостей самореалізації її членів, захист їх прав та інтересів. Це також впливає на налагодження соціального життя в сім'ї. Робота соціального працівника з сім'ями військовослужбовців характеризується рядом властивостей, основними з яких є: науковість; активність; адресність; комплексність; гнучкість; динамічність; неперервність. Найважливіше правило діяльності фахівця – „не нашкодь” – передбачає розуміння труднощів у життєдіяльності сім'ї військовослужбовця, уміння об'єктивно

оцінити свою здатність „поправити справу” і бажання знайти гідний варіант вирішення проблеми для конкретної сім’ї. Ситуація, яка складається сьогодні у Збройних Силах, вимагає розробки і реалізації ряду радикальних заходів для: зміни соціального статусу військовослужбовців і членів їхніх сімей, закріпленого у законодавчому порядку; пріоритетного розвитку соціальної діяльності у військовому соціумі; пошуку і використання потенціалу не лише державної і відомчої соціальної політики стосовно цієї специфічної групи сімей, але і нетрадиційних (або незвичних у даний час) форм надання соціальної допомоги членам сімей військовослужбовців.

Таким чином, оптимізація соціальної роботи з сім’ями військовослужбовців забезпечується: створенням мережі спеціалізованих соціальних служб; наявністю у фахівців спеціальної підготовки щодо роботи у військовому середовищі та вирішення проблем військовослужбовців та їхніх родин; організацією самопомоги і взаємодопомоги родин військовослужбовців; задоволенням різноманітних потреб членів сім’ї військовослужбовців, що виникають у процесі взаємодії із соціальним військовим середовищем; формуванням дієвої соціальної політики держави загалом та у сфері соціального захисту військовослужбовців та їхніх сімей зокрема.

**Ключові поняття:** військовослужбовці та їхні сім’ї, строкова та контрактна служба, військова служба, Збройні Сили України, соціальна адаптація, реабілітація.

**Питання та завдання:**

1. Розкрити основні проблеми військовослужбовців та їхніх сімей.
2. Охарактеризувати основні цілі та завдання соціальної роботи з військовослужбовцями та їх сім’ями.
3. Назвати соціальні проблеми є у військовослужбовців строкової служби та які технології їх розв’язання?
4. Визначити основні соціальні проблеми осіб, службовців за контрактом.
5. У чому сутність технологій соціальної роботи з військовослужбовцями-контрактниками.
6. Чим зумовлена соціальна робота з військовослужбовцями?

7. Назвати найбільш вживані форми соціальної роботи з військовослужбовцями та їх сім'ями.
8. Етапи соціальної роботи з військовозобов'язаними.

**Практичне завдання.** Розробити соціальний проект по підтримці військовослужбовців та їх сімей за таким алгоритмом: 1) проблема, на вирішення якої спрямовано проект; 2) мета проекту; 3) завдання проекту; 4) план реалізації проекту; 5) етапи проекту; 6) ресурси, необхідні для реалізації проекту; 7) результати реалізації проекту; 8) подальші перспективи.

## РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЛЮДЕЙ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ

### 2.1. Професійні принципи й основні завдання надання соціально-педагогічної та соціальної допомоги ВІЛ-позитивним людям та їхнім сім'ям

Професійний вибір передбачає дотримання фахівцями, що надають соціальну допомогу ВІЛ-позитивним людям та їхнім сім'ям, визначених моральних і етичних принципів. До таких принципів належать:

**Принцип самовизначення клієнта (добровільності).** Повага думки клієнта як основа діяльності соціального працівника підтверджується дотриманням принципу самовизначення клієнта. Цей принцип є відображенням положень Конституції України, що гарантують повагу до прав і свобод громадян і невтручання в особисте і сімейне життя без їхньої згоди. Для реалізації цього принципу дуже важливо положення про інформовану згоду. Воно полягає в тому, що клієнт повинен отримати необхідну інформацію в кількості, достатній для прийняття власного рішення. Соціальний працівник зобов'язаний отримати від клієнта дозвіл на співпрацю з ним і його родиною. Соціальний працівник повинен пам'ятати, що саме за клієнтом залишається право вибору – отримувати або не отримувати ту чи іншу допомогу.

**Принцип професійної компетентності** передбачає, що при використанні знань і практичних навичок фахівець із соціальної роботи не дає критичної оцінки діям клієнта, але постійно оцінює свою роботу і прагне підвищувати кваліфікацію і рівень особистісного зростання. Крім того, при реалізації своїх функціональних обов'язків, побудові системи відносин з клієнтом і його найближчим оточенням соціальний працівник повинен чітко розмежовувати сфери професійних та особистісних відносин. Він зобов'язаний дотримуватися тактовності і коректності, бути ввічливим. Соціальний працівник – представник державної установи, на допомогу якої сподівається ВІЛ-позитивний. Тому повага до клієнта підкреслює не тільки статус соціального працівника як представника установи, але і статус клієнта як члена суспільства.

**Принцип відповідальності** реалізується як по відношенню до вирішення проблем клієнта, так і при співпраці з фахівцями конкретної соціальної служби і при взаємодії з фахівцями органів та установ, задіяних у наданні допомоги та підтримки ВІЛ-позитивним. Бути відповідальним – означає відповідати за свої професійні рішення, за методи, які використовуються, а також за результати своєї роботи. Соціальний працівник повинен розуміти, що багато ВІЛ-позитивних знаходяться у критичному стані, їхнє життя змінюється докорінно, і від своєчасності, повноти і якості допомоги часто залежить життя цих людей.

**Принцип законності, дотримання та захисту конституційних прав людини.** Порушення прав ВІЛ-позитивних людей – одна з найбільших проблем, яка потребує негайного вирішення. Для ВІЛ-позитивної людини таке порушення може стати питанням життя і смерті. Коли ВІЛ-позитивну дитину просять залишити школу, її матері відмовляють у хірургічній допомозі, а батька звільняють з роботи, у захисників дуже мало можливостей відновити їхні права. Аби подолати цю проблему, треба починати з подолання упереджень, стереотипів, відсутності елементарних знань. Отже, у роботі з ВІЛ-позитивними людьми та їхніми сім'ями соціальний працівник повинен дотримуватися норм чинного законодавства, захищати права своїх клієнтів та не допускати жодних випадків дискримінації та стигматизації стосовно них.

**Принцип доступності послуг.** Спеціалісти із соціальної роботи повинні надавати допомогу кожному, хто звертається до них за захистом, підтримкою, консультацією або порадою, без будь-якої дискримінації щодо статі, віку, фізичних або розумових обмежень, соціальної чи расової приналежності, віросповідання, мови, політичних поглядів, сексуальної орієнтації.

**Принцип конфіденційності** означає неприпустимість розголошення інформації персонального характеру без згоди клієнта. Дуже часто питання, обговорювані із соціальним працівником, глибоко особисті і часом викликають у клієнта почуття сорому чи провини. Тому дуже важливо, щоб клієнт міг вірити, що все, що він розповість соціальному працівнику, не вийде за межі вузького кола залучених на допомогу фахівців. Якщо виникає необхідність поділитися інформацією ще з якою-небудь зацікавленою особою, то завжди слід попередньо обговорити подібну можливість із самим клієнтом і отримати його письмову згоду.

**Принцип толерантності.** Соціальні працівники повинні бути толерантними до ВІЛ-позитивних клієнтів, до різних їхніх емоційних проявів, за будь-яких обставин зберігати рівновагу, терпимість. Спеціалістам слід приймати проблеми й обставини клієнтів незалежно від їхнього способу життя, поведінки, соціального і національного походження, статі тощо.

**Принцип соціальної активізації** передбачає спонукання ВІЛ-позитивного до самостійних дій при вирішенні проблем ресоціалізації. Соціальний працівник повинен допомогти клієнту виробити впевненість у своїх силах, а в разі роботи з усією родиною – розширювати її можливості у вирішенні своїх проблем, розумінні їх причин і можливих наслідків. Важливо, щоб члени сім'ї усвідомили і прийняли міру своєї відповідальності за те, що відбувається з ними. Сюди ж відноситься вироблення навичок до самостійних дій за вирішення проблем і отримання самоконтролю над власним життям. Соціальні працівники не повинні опікуватися своїми клієнтами більшою мірою, ніж це необхідно, щоб забезпечити їхнє самостійне функціонування. Саме розвиток незалежності, а не залежності від фахівців, гарантій і послуг, є метою соціальної роботи. Слід формувати у клієнтів реальні очікування від діяльності соціальних працівників та системи соціальної допомоги в цілому. Необхідно, щоб з самого початку і соціальні працівники, і ВІЛ-позитивна людина, і члени її сім'ї, залучені до роботи, розуміли, що кожний з них вносить свій посильний внесок в успіх, що перед працівниками соціальних служб не стоїть завдання забезпечити „безпроблемне” існування клієнта і його родини. Соціальний працівник повинен подолати закритість сім'ї, почуття неповноцінності, „зацикленість” на наявних проблемах і забезпечити динаміку сімейних взаємин. Успішний розвиток, співпраця з установами соціальної сфери базується на активності самого ВІЛ-позитивного та його сім'ї.

При дотриманні зазначених вище принципів можуть виникати **психологічні проблеми**, які фахівець повинен долати, мінімізувати або нівелювати. Серед таких проблем можна зазначити наступні:

1. Соціальний працівник може потрапити в полон суспільно-побутових **стереотипних установок**, що відразу ж відбивається на рівні і якості професійних дій. Досить стійкі уявлення про схожість усіх ВІЛ-позитивних людей один на одного, наприклад:



- більшість ВІЛ-позитивних – наркомани, гомосексуалісти, алкоголіки;
- ВІЛ-позитивні люди тримаються ізольовано як від суспільства, так і від своїх сімей;
- у них слабе здоров'я;
- ВІЛ-позитивні не цікавляться статевим життям або не здатні до нього;
- ВІЛ-позитивна людина не може вчитися;
- більшість ВІЛ-позитивних людей погано справляються з роботою;
- розумові здібності у ВІЛ-позитивних знижені.

Негативні стереотипи не тільки вселяють страх перед ВІЛ, вони тримають у своїй владі і самих ВІЛ-позитивних. Але інфіковані люди далеко не завжди безпорадні, хворі, самотні. Опитування показали, що в багатьох випадках ВІЛ-позитивні відчують свою „неповноцінність або відірваність від світу” саме через упереджене ставлення до них з боку інших людей. Їхня зовнішня „замкнутість” викликана самостигматизацією і відчуженням людей.

У багатьох випадках людина, що живе з вірусом імунодефіциту, абсолютно не відрізняється від навколишніх ні за зовнішнім виглядом, ні за приналежністю до асоціальних груп (наркомани, алкоголіки і т.д.), ні за соціальною активністю, ні за загальним станом здоров'я, ні за здібностями.

2. Соціальний працівник у взаємодії з ВІЛ-позитивним і його сім'єю може зіткнутися у спілкуванні з низкою **психологічних бар'єрів**, що виникли як у нього самого, так і у ВІЛ-позитивного клієнта.

Бар'єри у спілкуванні – це особливі психічні стани, які проявляються в неадекватній поведінці учасників спілкування і перешкоджають позитивній взаємодії.

**Бар'єр на ґрунті страждання чи горя** часто властивий ВІЛ-позитивним клієнтам соціальних служб. Причинами їхнього страждання можуть бути трагічні події, незадоволеність своїм становищем, тяжкі фізичні відчуття. Страждання настільки сильні, що важко розраховувати на їхню увагу до інших людей і чужих проблем.

**Бар'єр спілкування, викликаний гнівом.** Зіткнувшись із складною життєвою ситуацією, деякі клієнти можуть спрямувати своє невдоволення на людину, покликану надати їм допомогу. Гнів

збільшує фізичну і психічну енергію і викликає потребу „вилитися” у словах або агресивних діях.

**Бар’єр сорому і провини** – це бар’єр, що виникає від незручності за себе або інших. Нерідко це пов’язано з почуттям сорому при проханні про допомогу або її отриманні. Сором за свою неспроможність може призвести до переривання відносин із соціальним працівником.

**Бар’єр презирства** зазвичай пов’язаний із міжособистісними або міжгруповими відмінностями. Презирливе ставлення у соціального працівника можуть викликати будь-які риси характеру, стиль поведінки, спосіб життя, соціально-групова приналежність клієнта.

**Бар’єр страху** – один із таких, які найважче подолати. Це може бути страх втрати, змін, страх спілкування, страх перед невдачею і т.д. У самого соціального працівника може бути присутнім страх можливого зараження ВІЛ. Причини страху різні, і необхідно точно визначити їх, проаналізувати і по можливості подолати самостійно або за допомогою психологів, психотерапевтів.

**Бар’єр відрази або гидливості.** Нерідко виникає у соціальних працівників, адже вони мають справу із хворими або морально і соціально занепадшими людьми. Неприємні запахи, неохайний зовнішній вигляд, фізичні недоліки – все це може викликати почуття огиди. Якщо це відчуття не вдасться приховати, то партнер по спілкуванню помітить його, і подальша гармонізація стане проблематичною.

3. Соціальний працівник у процесі спілкування з ВІЛ-позитивним і його сім’єю **може торкнутися питань, які раніше вважалися етично забороненими**, „чужими і страшними”. Це такі питання, як, наприклад, смерть клієнта, майбутнє його дітей і батьків. Не слід уникати розмов на тему смерті і пов’язаних із нею проблем. Це дуже актуально для ВІЛ-позитивного. При спільному їх обговоренні він не буде відчувати себе на самоті і буде впевнений, що інша людина почула і дізналася про те, що його турбує.

Для багатьох клієнтів важливе питання про сексуальну поведінку. Спеціаліст із соціальної роботи повинен бути підготовлений до того, щоб тактовно обговорити потреби інтимного життя свого підопічного.

У спілкуванні з фахівцем із соціальної роботи не може бути заборонених тем. Проблеми „нетрадиційних” сексуальних взаємин,

вживання наркотиків, думки про самогубство – бесіди на ці та подібні теми не мають засмучувати професіонала. Він повинен набратися терпіння і уважно, доброзичливо, спокійно, без осуду та зайвого моралізаторства вислухати те, що захоче сказати йому підопічний.

4. Соціальний працівник повинен бути готовий до ситуації, коли на поставлене запитання у нього **немає відповіді**. Єдиний вихід – чесне визнання факту незнання і пошук потрібних відомостей.

Більшість рішень ВІЛ-позитивній людині доводиться приймати самостійно, та іноді вона отримує інформацію від інших людей, що живуть з ВІЛ, або на зборах груп підтримки. Спеціаліст із соціальної роботи повинен формувати у клієнта установку на отримання якісної професійної інформації.

ВІЛ-позитивні люди живуть поруч з нами, їх необхідно прийняти, до них потрібно ставитися так само, як і до всіх інших. Соціальний працівник повинен бути готовий до того, що будь-хто з його клієнтів живе з ВІЛ, незалежно від того, розкриває він свій статус чи ні.

Відповідно до чинного законодавства соціальні служби повинні допомогти ВІЛ-позитивній людині задовольнити її основні потреби з використанням як ресурсів і можливостей держави, так і особистих ресурсів і потенційних можливостей ВІЛ-позитивної людини.

Таким чином, діяльність соціального працівника має будуватися у двох **напрямах**:

**1) соціально-правовому** – надання соціально-правової допомоги та підтримки ВІЛ-позитивній людині і його сім'ї, в тому числі в отриманні встановлених законодавством гарантій;

**2) медико-соціально-психологічному** – надання допомоги і підтримки в ресоціалізації ВІЛ-позитивної людини, знаходження можливостей її індивідуальної і суспільної самореалізації.

До основних **завдань** соціальної роботи з ВІЛ-позитивними можна віднести наступні:

- створення умов, при яких клієнти можуть реалізувати всі встановлені законом гарантії;
- допомога у створенні умов життєдіяльності (навчання, роботи, лікування, відпочинку тощо), в яких клієнт відчував би себе затребуваним, включеним у реальні справи, у соціум;

- збільшення ступеня самостійності клієнтів, їх здатності контролювати своє життя і більш успішно вирішувати виникаючі проблеми;
- створення умов, у яких клієнти можуть у максимальній мірі проявити свої можливості і на їх основі адаптуватися до нових умов життя у суспільстві;
- досягнення такого результату, коли необхідність у допомозі соціального працівника у клієнта відпадає.

Професійна діяльність соціального працівника при наданні допомоги та підтримки ВІЛ-позитивному клієнту і його сім'ї реалізується в державній сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення і в рамках недержавних організацій, що займаються проблемами груп соціального ризику. Тому у функціях фахівців із соціальної роботи з даною категорією осіб знаходять своє відображення форми і методи, що склалися як у системі охорони здоров'я (профілактичні, реабілітаційні, психотерапевтичні і т.п.), так і в системі соціального захисту населення (надання соціального обслуговування, соціальне і правове консультування і т.п.). Будучи координатором у вирішенні комплексу проблем клієнта, що опинився у складній життєвій ситуації, фахівець із соціальної роботи не тільки взаємодіє з іншими фахівцями (лікарями, юристами, психологами, чиновниками різних органів, установ і т.д.), але й частково бере на себе функції, які є загальними для реалізації професійних ролей гуманістичної спрямованості.

Отже, діяльність фахівців із соціальної роботи з ВІЛ-позитивним клієнтом визначається такими основними **функціями**, як:

**1) діагностична** – збір матеріалів, що відносяться до медико-соціального, соціально-правового та психологічного статусу клієнта, включаючи відомості про сім'ю, ступінь значущості професійного і неформального соціального оточення для постановки „соціального діагнозу”;

**2) прогностична** – аналітико-синтетична діяльність, у ході якої соціальний працівник прогнозує розвиток певних подій (процесів, що відбуваються в сім'ї, групі, а також моделей соціальної поведінки ВІЛ-позитивного). Соціальний працівник з урахуванням статі, віку, соціального, психологічного статусу, стадії захворювання людини намічає шлях найбільш ефективного співробітництва;

**3) правозахисна** – інформує клієнта про його права та обов'язки, пояснює зміст гарантій і способи їх реалізації, застосовує законодавчі та інші нормативні акти, спрямовані на надання допомоги та підтримку клієнта, його захист;

**4) організаційна** – за наявності згоди клієнта і його сім'ї координує діяльність певних фахівців і представників громадських структур для надання різних видів допомоги і соціальних послуг ВІЛ-позитивному і членам його сім'ї, не порушуючи принципу конфіденційності;

**5) профілактична** – приводить у дію різні механізми (правові, психологічні, медичні, педагогічні) для попередження соціальних проблем ВІЛ-позитивного; сприяє подоланню проблем особистого характеру, допомагає формуванню позитивного клімату в сім'ї, надає допомогу у здійсненні лікувально-профілактичних заходів тощо;

**6) медико-соціальна** – сприяє зміцненню здоров'я, соціально-медичній реабілітації ВІЛ-позитивного; навчає оволодінню основами надання першої медичної допомоги; допомагає у підготовці сім'ї до майбутніх змін;

**7) соціально-педагогічна** – виявляє інтереси, потреби, схильності ВІЛ-позитивних людей до різних видів діяльності, дає рекомендації щодо адекватних змін у реалізації професійних можливостей (в силу зміни психофізіологічного статусу клієнта), допомагає клієнтам у реалізації їхніх можливостей (навчання, працевлаштування, творчість, відпочинок);

**8) психологічна** – консультує з різних видів корекції міжособистісних відносин ВІЛ-позитивного, сприяє соціальній адаптації особистості, надає допомогу в організації психосоціальної терапії та реабілітації;

**9) соціально-побутова** – сприяє наданню необхідної допомоги та підтримки ВІЛ-позитивним та членам їхніх сімей, які потребують за станом здоров'я догляду та допомоги на дому, у збереженні та покращенні якості їхнього життя;

**10) комунікативна** – встановлює контакт з ВІЛ-позитивним, організує обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини. Відкрите, неупереджене, справедливе спілкування соціального працівника з ВІЛ-позитивним відіграє важливу роль у подоланні упередженого ставлення з боку інших членів суспільства, які будуть задіяні в роботі з цією людиною;

**II) посередницька** – встановлює взаємозв'язок та організує спільну діяльність багатьох громадських, соціальних, державних структур у процесі вирішення проблем ВІЛ-позитивних людей.

Робота соціального працівника з ВІЛ-інфікованим клієнтом може розпочатися з моменту, коли той ще навіть не знає про свій статус і знаходиться на стадії прийняття рішення про проходження тестування на наявність антитіл до ВІЛ. Таке тестування повинно пропонуватися в комплексі з до- та післятестовим консультуванням, що гарантує інформовану та усвідомлену згоду клієнта на його проведення та забезпечує йому можливість отримати медичну, психологічну, юридичну та соціальну допомогу у разі виявлення позитивного до ВІЛ результату.

Метою передтестового консультування є обговорення процедури тестування, права клієнта на вибір (у тому числі на відмову від тестування), можливі його результати. У ході співбесіди консультант тактовно пояснює причини, на підставі яких він задає ті чи інші питання, в тому числі інтимного характеру, підкреслює факт збереження конфіденційності, а за бажанням клієнта й анонімності.

При проведенні **передтестового консультування** необхідно оцінити ступінь персонального ризику ВІЛ-інфікування клієнта, рівень його поінформованості про ВІЛ-інфекцію/СНІД, психологічно підготувати до можливого позитивного результату тестування у разі високого персонального ризику інфікування ВІЛ.

Для цього у ході співбесіди консультант отримує від клієнта інформацію про особливості його соціальної та сексуальної поведінки.

**1. Оцінка ступеня персонального ризику інфікування клієнта, особливостей його соціальної та сексуальної поведінки.**

У ході співбесіди особлива увага звертається на наступні моменти:

- теперішня та минула сексуальна поведінка (наявність випадкових незахищених гомо- чи бісексуальних контактів, характер статевої поведінки сексуального партнера);
- наявність одного постійного партнера протягом декількох років чи чисельних або періодичних стосунків з різними партнерами;
- використання презервативів, наявність незахищених вагінальних, анальних, оральних контактів;

- наявність ін'єкційного споживання наркотиків або надання сексуальних послуг, у тому числі у сфері секс-бізнесу (для жінок та чоловіків);
- наявність статевих стосунків з ВІЛ-інфікованими особами, ін'єкційними споживачами наркотиків, жінками (чоловіками) секс-бізнесу;
- наявність в анамнезі гемотрансфузій або трансплантації органів;
- наявність поодиноких нестерильних інвазійних процедур (наприклад, ін'єкцій, татувань або нанесення шрамів).

**2. Визначення рівня поінформованості клієнта про ВІЛ-інфекцію/СНІД, процедуру тестування, виявлення антитіл до ВІЛ та встановлення діагнозу „ВІЛ-інфекція”.**

У ході передтестового консультування з'ясовується знання клієнтом відповідей на наступні питання і у разі їх відсутності, чи неправильного тлумачення надається достовірна інформація:

- Які конкретні факти відносно власного здоров'я або хворобливі симптоми турбують клієнта?
- Що відомо клієнту про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та чи існує якийсь зв'язок між цими шляхами та його соціальною і сексуальною поведінкою?
- Чи розуміє він різницю та взаємозв'язок між ВІЛ-інфекцією та СНІДом?
- Чи відомо йому про те, якої медичної допомоги потребують ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи та де вони можуть її отримати?
- Чи знає він, як відбувається процедура тестування на наявність антитіл до ВІЛ, про існування „періоду вікна”, про можливість хибно-позитивних, хибно-негативних результатів?
- Чи відомо йому, хто і яким чином встановлює діагноз „ВІЛ-інфекція” і які існують вимоги щодо його встановлення?

При цьому консультант пояснює клієнту, що з'ясування відповідей на ці питання допоможе оцінити його персональний ризик, ступінь захищеності від ВІЛ-інфекції. Важливо при цьому підкреслити, що тільки достовірне знання і захищена, безпечна поведінка допоможуть йому зберегти власне життя і здоров'я, а також життя і здоров'я своїх близьких.

**3. Виявлення та формування психологічної готовності клієнта з високим персональним ризиком ВІЛ-інфікування до сприйняття можливого позитивного результату тестування.**

При проведенні передтестового консультування необхідно з'ясувати ставлення клієнта до можливого позитивного результату тестування. Це можна встановити при обговоренні потенційного значення (особистого, медичного, соціального, психологічного, юридичного) для клієнта позитивного результату тестування на антитіла до ВІЛ.

У разі виявлення психологічної неготовності клієнта до сприйняття позитивного результату тестування, своєрідного психологічного захисту з його боку доцільно провести таку підготовку. Вона необхідна і при схильності клієнта до суїцидальної поведінки.

При цьому корисними можуть виявитись „непрямі” методи, наприклад, обговорення ставлення та поведінки клієнта стосовно свого партнера, чи іншої близької людини у разі виявлення у них ВІЛ-інфекції, а також навпаки, вірогідне ставлення до клієнта цієї близької людини у разі, коли б цю інфекцію виявили у нього. Доцільно у ході співбесіди отримати відповіді на такі питання:

- Чи є людина, яка підтримує клієнта у важких ситуаціях?
- Чи міг би клієнт довіритись комусь і кому саме стосовно можливого позитивного результату, кому клієнт міг би сказати про це?
- Чи підтримає ця людина клієнта, чи збереже ця людина інформацію в таємниці?
- Чи вважає клієнт, що він в змозі опанувати позитивний результат, якби це мало місце?
- Що потрібно для того, щоб він зміг впоратись із цією новиною?

Ефективне передтестове консультування дозволяє допомогти клієнту:

- оцінити його персональний ризик у відношенні ВІЛ/СНІДу;
- уявити процедуру тестування, а також значення для нього результату тестування та його ставлення до ВІЛ/СНІДу;
- прийняти інформоване, усвідомлене рішення про проходження тестування;



- підвищити власну інформованість з питань ВІЛ/СНІДу та сформулювати уяву про безпечну поведінку, змінити чи спробувати змінити ризиковану поведінку.

Результатом дотестового консультування є свідоме рішення клієнта про проходження або не проходження тестування на виявлення антитіл до ВІЛ.

Метою *післятестового консультування* є обговорення результатів тестування на наявність антитіл до ВІЛ та надання клієнту необхідної інформації, психологічної підтримки. Післятестове консультування залежить від того, яким буде результат тесту.

*Консультування після негативного результату тестування на ВІЛ.*

При проведенні даного виду консультування дуже важливо підкреслити наступні моменти:

- достовірність результату тестування, бо тест є достатньо чутливим та специфічним;
- результат аналізу вказує на вірогідну відсутність ВІЛ. Якщо клієнт мав контакт з ВІЛ протягом останніх 3 місяців, антитіла можливо ще не утворилися і він знаходиться у так званому „періоді вікна” і для нього може бути потрібним повторне проходження тестування через 3-4 місяці;
- необхідно надати клієнту інформацію про безпечну соціальну та сексуальну поведінку щодо забезпечення себе від зараження ВІЛ-інфекцією різними шляхами її передачі, зокрема надати інструкцію щодо правильного використання презервативів, зменшення кількості статевих партнерів, а також заповнити карту післятестового консультування – негативний результат.

При консультуванні споживачів ін'єкційних наркотиків необхідно підкреслити, що ін'єкційний шлях передачі ВІЛ є найбільш уразливим і спонукати клієнта до використання засобів захисту та профілактики, серед яких найбільш дієвим є відмова від вживання наркотичних речовин взагалі та ін'єкційних в особливості. Для отримання більш конкретної інформації щодо наркологічного лікування доцільно направити клієнта до фахівців наркологічної служби.

У разі неможливості для клієнта відмови від вживання наркотичних речовин необхідно надати йому інформацію та рекомендації щодо зменшення ризику при їх вживанні ін'єкційним шляхом, а саме:

- навчити клієнта більш безпечному використанню голок, шприців та ємностей (при необхідності);
- проінструктувати про неприпустимість використання спільних голок, шприців та ємностей;
- проінструктувати про методи та засоби очищення та стерилізації голок і шприців;
- проінформувати про неприпустимість донації крові або органів;
- надати інформацію про організації, які реалізують програми профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, пункти обміну голок та шприців (якщо в регіоні діють відповідні профілактичні програми).

Якщо клієнтом є підліток, який вживає наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, консультанту доцільно направити його (і його батьків) до соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, шкільного психолога, профільних громадських організацій, де він та його батьки зможуть отримати психосоціальну підтримку.

Якщо у процесі консультування виявляється, що клієнт є особою, яка має багатьох статевих партнерів або надає сексуальні послуги, необхідно його проінформувати:

- про діяльність дерматовенерологічної служби, до якої, у разі необхідності, можна звернутися;
- про небезпеку інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом у разі продовження ризикованої сексуальної поведінки;
- про існуючі соціальні служби та громадські організації, що допомагають особам, які працюють у сфері надання сексуальних послуг, а також навчити клієнта: користуватись презервативами та іншими засобами, які запобігають поширенню ППСШ, використовувати інші засоби профілактики ВІЛ-інфекції/ППСШ.

*Консультування після позитивного результату тестування на ВІЛ.*

Про позитивний результат тестування на ВІЛ клієнта необхідно повідомити якомога раніше. За результатами дотестового консультування консультант повинен підібрати найбільш доцільний спосіб повідомлення конкретного клієнта.

Клієнту необхідно надати час для сприйняття цього факту. Після первинного усвідомлення та адаптації до повідомлення,

консультант повинен дати чітке пояснення значення позитивного результату тестування на ВІЛ.

Для стимуляції об'єктивного мислення клієнта необхідно чітко пояснити різницю між ВІЛ-інфекцією та СНІДом, вказати на те, що ВІЛ-інфекція є початковим і тривалим етапом розвитку хвороби і попереду є роки життя, які клієнт може або продовжити, або скоротити внаслідок своєї власної поведінки.

Лікування за допомогою антиретровірусних препаратів доцільно обговорити за наявності медичних показань до такого лікування у даного клієнта.

На цьому етапі необхідно пояснити клієнту, де і як він зможе отримати психоемоційну підтримку в подальшому під час кризових ситуацій. Консультант повинен дати чітку інформацію про тривалу природу ВІЛ-інфекції та про те, що клієнт залишається джерелом інфекції на все життя і, відповідно, йому необхідно подбати про безпечну, з точки зору можливості інфікування інших осіб, поведінку.

При цьому необхідно проінформувати клієнта про його права на збереження таємниці діагнозу, на отримання необхідної медичної та соціальної допомоги, потрібної у зв'язку з хворобою, а також попередити про обов'язкову відмову від донорства крові чи її компонентів і кримінальну відповідальність за відоме поставлення в небезпеку зараження та зараження іншої особи вірусом імунодефіциту.

Протягом консультування необхідно постійно акцентувати увагу клієнта на наступних аспектах:

- ВІЛ-інфекція – це початковий і тривалий етап розвитку СНІДу, тому клієнт зможе, за умови піклування про своє здоров'я, вести повноцінне життя протягом значного періоду часу;
- ВІЛ-інфікованому доцільно опікуватися своїм загальним станом здоров'я – це захистить його організм від інших захворювань та інфекцій, які пригнічують імунну систему та прискорюють розвиток СНІДу (гігієнічні навички, безпечний секс);
- ВІЛ-інфікованій людині слід користуватись презервативами при всіх видах сексуальної активності – необхідно подбати про можливість обговорення ризику інфікування зі своїм партнером;

- неможливо тільки за позитивним результатом тестування на ВІЛ встановити термін інфікування – воно могло статися до початку контакту з теперішнім партнером.

Необхідно обговорити з клієнтом можливість інформування чи не інформування про наявність у нього ВІЛ-інфекції тих рідних та близьких людей, на допомогу яких він може розраховувати у своєму подальшому житті.

Залежно від того, до якої з уразливих груп належить клієнт, йому надається та ж сама інформація, яка надається особі з негативним результатом тестування.

Якщо у клієнта є, або були чисельні статеві партнери, або партнери по спільному вживанню наркотиків, необхідно обговорити з ними ризик інфікування та варіанти можливого повідомлення цих людей.

Після закінчення консультування консультанту необхідно заповнити карту післятестового консультування – позитивний результат, та направити клієнта до диспансерного відділення відповідного центру профілактики та боротьби зі СНІДом для встановлення діагнозу „ВІЛ-інфекція”.

При післятестовому консультуванні вагітних жінок необхідно враховувати специфіку їх психічного стану і ретельніше готувати до сприйняття позитивного результату тестування на ВІЛ, дати більше часу для усвідомлення діагнозу, створити умови для прийняття вагітною власного поінформованого, усвідомленого та виваженого рішення щодо народження чи не народження дитини. У разі твердого наміру дати нове життя, консультант акцентує увагу на вірогідність перинатальної передачі інфекції, тобто можливості народження ВІЛ-інфікованою жінкою як хворої, так і здорової щодо ВІЛ дитини і необхідності проведення профілактичних заходів, які суттєво збільшують шанси на народження здорової дитини.

При виявленні ВІЛ-інфекції у жертв сексуального насильства консультанту доцільно поінформувати клієнтів та їх рідних про важливість їх звернення до відповідних служб Міністерства внутрішніх справ України.

Якщо сексуального насильства зазнали підлітки та молодь, доцільно направити їх та їхніх батьків до відповідних кризових центрів, соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадських організацій, які надають психосоціальну допомогу жертвам сексуального насильства.

*Консультування після невизначеного результату тестування на ВІЛ.*

У разі невизначеного результату тесту на ВІЛ, тестування необхідно повторити, консультант повинен допомогти клієнту впоратися з відчуттям невпевненості та нестабільності, які виникають у цей період. Разом з тим, необхідно постійно нагадувати клієнту, що до остаточного визначення ВІЛ-статусу, він (вона) повинен дотримуватись усіх заходів застереження, рекомендованих для ВІЛ-позитивних людей.

Хотілося б наголосити на трьох важливих для клієнта аспектах післятестового консультування:

- доки він сам не усвідомив належним чином результати тесту, нікого не варто про це повідомляти;
- після усвідомлення доцільно сказати про діагноз тим, кому він довіряє найбільше;
- визначити для себе та своїх близьких безпечну поведінку надалі.

З огляду на життєві ситуації клієнтів, ставлення, що склалося до цих людей у суспільстві, можна умовно виділити три особливих аспекти роботи з ВІЛ-позитивними та членами їхніх сімей (що не змінюють у своїй основі базові функції соціальних працівників):

- дотримання суворої конфіденційності при роботі з клієнтами та взаємодії з іншими фахівцями, що підключилися до роботи;
- упор в роботі з адаптації та реадaptaції ВІЛ-позитивного на використання потенціалу та активності самого ВІЛ-позитивного та його сім'ї;
- облік тривалості співпраці з клієнтами в силу відкритості і незавершеності (невизначеності часу і ефективності окремих результатів) роботи.

Від того, як сам соціальний працівник буде ставитися до клієнта, який звернувся за допомогою, розкрив свій ВІЛ-позитивний статус, і від того, як соціальний працівник буде зберігати конфіденційність при спілкуванні з іншими соціальними, медичними працівниками з приводу надання допомоги цьому клієнтові, буде залежати не тільки отримання людиною допомоги та її якості, але і умови її життя у суспільстві, а можливо, і саме її життя.

Перед багатьма серйозно хворими стоїть проблема пошуку свого місця у суспільстві, і для ВІЛ-позитивних ця проблема дуже

значуща. При цьому паралельно йдуть два процеси: адаптація і реадaptaція, за яких дуже важлива психологічна підтримка і довготривалий психосоціальний супровід. Адаптація до діагнозу у ВІЛ-позитивної людини тягне за собою певні обмеження, необхідність спостерігатися у лікаря, приймати ліки, зберігати свій діагноз у таємниці. Соціальний працівник повинен намагатися створити умови, за яких людина, незважаючи на особливості стану здоров'я, душевний зрив або життєву кризу, зможе жити, зберігаючи почуття власної гідності та повагу до себе з боку оточуючих.

Для адаптації в суспільстві ВІЛ-позитивної людини соціальний працівник повинен допомогти їй знайти в собі нові можливості, визначити життєві пріоритети і цінності. Для людей у подібному стані дуже важливим стає збільшення ступеня їхньої самостійності, здатності контролювати своє життя і вирішувати виникаючі проблеми з максимальною ефективністю.

Для ВІЛ-позитивної людини велике значення мають відносини з її найближчим оточенням – сім'єю, родичами, друзями. Роль цих людей двояка. З одного боку, вони можуть надати дуже серйозну психологічну підтримку і допомогу ВІЛ-позитивній людині у соціалізації, з іншого – нанести необдуманими словами і діями додаткову душевну травму. Тому збереження і відновлення контактів між членами сім'ї, її підтримка – одне з найважливіших завдань соціального працівника.

Не менш важливим завданням є допомога у розкритті статусу ВІЛ-позитивній дитині, а також ВІЛ-негативній дитині – статусу її батьків.

Багато людей вважають, що взагалі не слід розповідати дітям про їхній діагноз. Однак спеціалісти все ж рекомендують відкрити дитині її статус.

Варто пам'ятати, що відкриття статусу є великим стресом як для дитини, так і для її батьків, який може супроводжуватися низкою психічних реакцій: депресій, невротичних розладів. Слід пам'ятати, що підлітковий вік є надзвичайно емоційно нестабільним періодом життя людини, часом, коли формується „образ Я”, картина навколишнього світу, а провідною діяльністю є інтимно-особистісне спілкування. Необережно подана інформація про власний статус дитини та статус батьків, невисловлені емоції, які виникають у результаті цього відкриття, можуть змінити весь перебіг нормального розвитку особистості. Саме тому необхідно проводити заходи,

спрямовані на навчання та створення моделі з розкриття статусу дитині, а також влаштовувати психотерапевтичні сесії для дитини, яка дізналася про власний позитивний статус або статус батьків.

Для дитини, котра дізнається про власний статус або статус батьків, важливо виробити активну життєву позицію, яка допомагала б їй ефективно організувати власне життя та взаємодіяти зі світом. Дитина в перспективі повинна мати можливість забезпечити собі гідний рівень життя й повноцінний розвиток усіх його сфер.

**Необхідність інформування дитини про її ВІЛ-позитивний статус** пояснюється, виходячи з декількох причин:

1. Дитина має юридичне та моральне право знати про власну хворобу.
2. Більшість дітей приймає або готується до прийому антиретровірусної терапії, для забезпечення прихильності до якої необхідно сформувати в дитини розуміння важливості й необхідності вчасного прийому ліків.
3. Досягши підліткового віку, дитина стає самостійнішою, може їздити до таборів або на відпочинок, де батьки не матимуть можливості контролювати прийом нею ліків.
4. Дитина може мати сексуальні контакти й, не знаючи про власну хворобу, інфікувати партнера.
5. У підліткових групах (особливо субкультурних) іноді поширені практики ініціації (нанесення татувань одним інструментом, пірсинг, порізи та інші практики), під час яких може відбуватися змішування крові.
6. Якщо дитина приймає ліки або часто відвідує лікаря, вона відчуває, що відрізняється від своїх однолітків, а її близькі щось приховують. Це породжує недовіру та створює напруженість у родині.

Основними **причинами, через які батьки не розкривають статус ВІЛ-позитивній дитині**, є наступні:

1. ВІЛ у дитини був виявлений у ранньому віці, і батьки вважають, що дитина замала, щоб знати про це.
2. Батькам бракує мужності говорити на цю тему. Досвід свідчить, що факт наявності захворювання здебільшого ніколи не обговорюється в родинному колі. Наприклад, поширені випадки, коли жінка дізнається, що інфікована ВІЛ, під час вагітності. Природно, що після встановлення статусу жінка мотивує чоловіка

пройти обстеження. У таких ситуаціях ми часто стикаємося з тим, що чоловік відмовляється від тестування, мотивуючи відмову тим, що краще жити в невіданні, ніж дізнатися про свій статус. Більшість сімей не обговорює питання наявності ВІЛ-інфекції, щоб не засмучувати один одного. Тобто в дорослих людей спостерігаються труднощі в обговоренні питання, яке стосується їхнього здоров'я, і як наслідок, коли в родині є ВІЛ-позитивна дитина, батьки також уникають розмови з нею на цю тему.

3. Батьки вважають, що дитині не обов'язково або не час знати, яку саме хворобу вона має, достатньо просто знати, що дитина має хронічну хворобу. В таких випадках діти знають, що в них є проблема зі здоров'ям, але не знають, що це ВІЛ-інфекція. Тривалий час батьки кажуть дитині, що вона має захворювання печінки й тому мусить відвідувати лікаря і приймати спеціальні ліки. Такі батьки визнають наявність хвороби в дитини, але не знають, як сказати дитині, що це за хвороба насправді.

4. Родина сама не має достатньої інформації про захворювання, щоб говорити про це з дитиною. Сім'ї бувають різні, і рівень інтелектуального розвитку батьків також не однаковий. У родин, які характеризуються нижчим інтелектуальним розвитком, або там, де батьки мають проблеми алкогольної та наркотичної залежності, усі пояснення соціального працівника про особливості ВІЛ-інфекції зазвичай залишаються не зрозумілими. Такі батьки мають труднощі зі сприйняттям специфічної інформації, у них відсутня мотивація до її розуміння. Родини можуть обирати також стратегію „перекладання відповідальності”, тобто виконувати всі рекомендації лікарів, доглядати дитину, а в саме розуміння хвороби, механізми її дії, показники аналізів, які потрібно знати, не заглиблюватися, залишаючи це лікарям. І виявляється, що хворобою більше переймаються лікарі, ніж така родина. У цьому разі стає зрозумілим, що така сім'я не зможе надати дитині достатньої інформації про її захворювання.

Існують також інші чинники, які впливають на те, що дитині не розповідають про її ВІЛ-позитивний статус:

1. Почуття провини в батьків. Більшість жінок почуваються винними через те, що дитині передалася інфекція. Почуття провини призводить до страждань жінки і стримує розмову з дитиною. Багато жінок народили своїх дітей у той час, коли ще не було якісного тестування на ВІЛ і профілактичної антиретровірусної терапії. Деякі



з них самі дізналися, що мають інфекцію, тільки після того, як її було виявлено в дитини. Жінки, відчуваючи провину перед своїми дітьми, що не змогли вберегти їх від інфекції, можуть звинувачувати себе в реальних або надуманих помилках.

2. Страх та небажання розкривати власне минуле, внаслідок якого відбулося інфікування ВІЛ. Якщо батьки нададуть дитині інформацію про її ВІЛ-позитивний статус, то в дитини може виникнути запитання, як інфікувалися батьки. Батькам зазвичай дуже важко розповісти дітям про свої минулі негативні звички та поведінку, яка часто викликає суспільний осуд, наприклад, вживання наркотиків, незахищений секс. У результаті батьки можуть вирішити нічого не розповідати дитині про її чи свій ВІЛ-позитивний статус, щоб уникнути зайвих запитань.

У цьому випадку побоювання батьків є цілком адекватними та зрозумілими. У підлітковому віці відбувається зниження авторитету дорослого, дитина починає критикувати батьків, їхній стиль життя та цінності, шукає зовнішні орієнтири для наслідування та порівняння. У більшості родин у цей період виникає певна напруженість між батьками та дітьми, що може проявлятися в неслухняності, критичності та підвищеній вимогливості дітей до батьків, у відкритому чи прихованому протесті. Ситуація може ускладнитися, якщо діти раптово дізнаються про негативний досвід своїх батьків, що може значно підірвати батьківський авторитет. Діти можуть почати звинувачувати батьків, відчувати агресію та злість. Такі прояви в дітей часто супроводжуються почуттям провини за власні негативні почуття, що призводить до глибинного внутрішнього конфлікту.

3. Батьки вважають, що розкриття діагнозу – це велике навантаження на дитину. Вони стурбовані, як така звістка вплине на стан її здоров'я та психічний розвиток.

4. Батьки побоюються, що дитина не зможе зберегти таємницю про свій ВІЛ-позитивний статус або статус батьків і розповість про це оточенню. Крім того, хоча деякі батьки й упевнені, що їхня дитина вміє зберігати таємниці, вони вважають, що такий тягар неприпустимий для неї. Узагалі, важко сказати, який вплив може мати на дитину зберігання подібного секрету. Діти зазвичай знають сімейні таємниці, наприклад, домашнє насильство, вживання алкоголю чи наркотиків членами родини. У таких випадках у них спостерігаються різні негативні реакції: це може бути відчуження

від друзів; небажання запрошувати інших дітей до себе додому; почуття, що вони не такі, як усі; може з'явитися бажання сховатися від усіх. Водночас у результаті стигматизації, пов'язаної з ВІЛ, розповідь оточенню про цю родинну таємницю може мати більш руйнівні наслідки, ніж розповідь про інші родинні таємниці.

5. Батьки не знають, як, де, коли й за яких обставин можна поговорити з дитиною про діагноз. Вони розмірковують, як краще зробити, щоб мінімізувати наслідки такої розмови, готуються до розмови, збираються із силами, звертаються по допомогу до спеціалістів. Тобто в цьому випадку чинником уникнення розмови є відсутність знань щодо процедури розкриття статусу. Більшість таких батьків налаштована на розмову з дитиною, і їм необхідно лише надати інформацію.

6. Батьки не розуміють необхідності розкриття статусу дитині.

7. Батьки вважають, що діагноз – це помилка і якщо не говорити про нього, то його немовби не існує, тому краще зберігати „таємницю”. Зустрічаються батьки, які не сприймають наявність ВІЛ-інфекції в них самих та в їхніх дітей. Вони перебувають на стадії заперечення свого захворювання і їм потрібен час, для того щоб вони визнали і прийняли власний статус і статус дитини. З такими батьками необхідно проводити роз'яснювальну роботу, оскільки відсутність усвідомлення захворювання та нерозуміння його суті можуть призводити до ненадання вчасної медичної допомоги дитині, незабезпечення систематичного догляду та лікування.

8. Страх батьків перед реакцією дитини. Більшість батьків добре пам'ятають, як вони сприйняли звістку про свій статус, як їм було боляче й самотньо. Батьки бояться, що дитина матиме таку саму реакцію й вони не знатимуть, що робити. Вони очікують, що дитина кричатиме, плакатиме, звинувачуватиме їх, може втекти з дому, здійснити спробу суїциду тощо. Саме така непередбачуваність реакції дітей найбільше лякає батьків. У роботі з подібними страхами батьків може бути корисним детально розглянути кожен з можливих варіантів поведінки дитини та форми реагування на них батьків.

9. Батьки бояться, що всі, хто їх оточує, дізнаються про стан здоров'я їхньої дитини або про їхній ВІЛ-позитивний статус. На сьогодні суспільство робить кроки в напрямку збільшення толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Водночас, попри це, багато людей керуються міфами щодо ВІЛ-інфекції, дискримінують та стигматизують людей з ВІЛ. Страх перед

можливістю дискримінації й суспільного осуду відіграє важливу роль у небажанні розкривати статус дитині. Дорослі люди мають достатньо життєвого досвіду для того, щоб розуміти, з ким вони можуть обговорювати стан свого здоров'я, спроможні визначити, кому довіряти, а кому ні. Дитина ж такого досвіду не має й не знає, з ким можна говорити про власну хворобу, а з ким ні. Батьки побоюються, що дитина розповість стороннім, що має ВІЛ-інфекцію, хвилюються, як до цього поставляться в дитячому садку, школі чи в дитячій компанії. Вони стурбовані тим, що дитина може зазнати дискримінації і буде ізольована від друзів. Батьки бояться, що в результаті розголошення статусу дитиною вони будуть вимушені змінити місце проживання й навчання дитини.

10. Через поширену думку, що „ВІЛ – це СНІД”, батьки можуть боятися розповісти правду, оскільки дитина може подумати, що батьки скоро помруть або вже вмирають. Часто вони не можуть зібратися із силами, щоб розповісти дитині про вірогідність своєї смерті. Сама тема смерті може бути в родині під забороною.

11. Ще однією причиною того, що батьки не можуть розповісти дитині про її статус, є їхній емоційний стан або стан їхніх дітей. Перш ніж розповісти про ВІЛ-позитивний статус, батьки самі повинні бути емоційно спокійними, щоб мати змогу допомогти дитині пережити стрес і звести до мінімуму можливість зайвої драматизації ситуації. Бувають й інші ситуації, коли дитина нещодавно пережила смерть батька, і мати не наважується сказати, від чого він помер, оскільки бачить, що емоційний стан дитини нестабільний, а коли ще розповісти, що й дитина має ВІЛ, то це буде занадто тяжко для дитячої душі.

Деякі батьки через названі вище причини нічого не розповідають своїм дітям, доки серйозно не захворіють, а інколи навіть і в таких випадках нічого не говорять про ВІЛ-інфекцію. Вони відчувають, що це назавжди змінить життя дитини, і прагнуть, щоб дитина жила „нормальним життям”, без необхідності постійно піклуватися про батьків чи опікунів. Справді, звістка про ВІЛ-позитивний діагноз може стати серйозним випробуванням для дитини, яка може бути вимушена взяти на себе значний обсяг відповідальності з догляду за батьками, котрі мають проблеми зі здоров'ям.

У той момент, коли батьки збираються сказати про захворювання дитині, їм доведеться визнати й погодитися з тим, що

хвороба існує, саме це їх і лякає. Справді, у такій ситуації відбудеться озвучування назви хвороби для дитини й момент істини для батьків. Більшість батьків, розуміючи необхідність розкриття статусу, переживає сильну напруженість і тривожність. Відчуваючи провину перед дитиною та бажання її захистити, батьки можуть опинитись у складній емоційній ситуації. Саме тому необхідно надавати підтримку й допомогу не лише дітям, а також їхнім батькам чи опікунам.

Існують певні психологічні наслідки розкриття ВІЛ-позитивного статусу, через які цей діагноз важко сприймати:

**Конфіденційність.** Від дитини вимагають збереження інформації, тоді як їй це важко робити. При цьому батьки не дають варіантів вибору того, з ким про це можна говорити.

**Соціальна ізоляція.** Батьки просять дитину зберігати у таємниці свій статус, інколи залякуючи тим, що доведеться переїхати, змінити школу, друзів.

**Розчарування.** Дитина може бути розчарованою тим, що дізнається про своїх батьків (наприклад про досвід уживання наркотичних речовин). Деякі батьки не можуть припустити, що дитина може негативно відреагувати на таку звістку. Їм потрібна допомога, щоб зіставити власну болісну реакцію, коли їм повідомили діагноз, із реакцією дитини.

**Виникнення різних форм девіантної поведінки** (агресивності, зловживання наркотичними речовинами, алкоголем, компульсивного переїдання, саморуйнівної поведінки тощо).

**Поведінкові, емоційні, функціональні розлади, комплекс неповноцінності.** Реакція дитини, як і дорослих, може проявитися через деякий час. Діти можуть відчувати горе через почуття втрати себе чи близької людини, яка також має ВІЛ, втратити почуття стабільності і безпеки у власному домі. Унаслідок такої звістки в дитини може сформуватися негативний образ власного майбутнього, вона втрачає надію на те, що в неї коли-небудь буде родина, робота чи освіта.

Водночас далеко не всі діти й підлітки проявляють свої почуття перед батьками, коли дізнаються про ВІЛ-позитивний статус. У деяких родинах табуовано відкриті прояви власних емоцій та почуттів і, навпаки, цінуються самоконтроль та вміння приховувати власні емоції. Діти можуть боятися проявляти свої почуття перед батьками, не бажаючи їх засмутити.

Діти здебільшого відчують певну напруженість у родині і починають підозрювати, що батьки щось приховують. Часті госпіталізації, постійне вживання ліків, смерть близьких людей викликають чимало запитань, які залишаються без відповідей. Дитина намагається з'ясувати, навіщо так часто відвідувати лікаря, здавати аналізи та приймати багато ліків, у неї виникає природне запитання: „Якщо я добре себе почуваю, навіщо вживати ліки?“, „Як довго це потрібно робити?“, „Від чого помер один (або обоє) з батьків?“. Дитина має безліч запитань, на які ніхто не дає відповіді. Це породжує тривожність і страхи. Не знаючи правди, але відчуючи, що щось відбувається не так, дитина починає вигадувати різні варіанти пояснень, які можуть бути ще тривожнішими та „страшнішими“, ніж реальне пояснення ситуації.

Дитина може прочитати анотації до ліків, побачити свою медичну картку в лікарні, може почути, що це відділення спеціалізується на лікуванні інфікованих ВІЛ, і запідозрити, що має таке захворювання. Вона починає відчувати тривогу, не розуміючи, що відбувається, оскільки ніхто не дає пояснень.

Складна ситуація виникає, коли дитина дізнається про свій діагноз від сторонньої людини і приховує цю інформацію від батьків, не бажаючи їх засмучувати. Складність ситуації пояснюється тим, що дитина може отримати інформацію про свій статус некоректно, не матиме можливості одержати відповіді на всі свої запитання й почне шукати більше інформації, але не завжди з надійних джерел.

Часто можна спостерігати, що батьки мають тривожні емоційні переживання, і такі самі переживання мають діти. У такій ситуації родині потрібна допомога, яка може надаватися у вигляді консультацій, соціально-психологічного супроводу, груп підтримки для дітей та батьків, сімейної психотерапії.

У роботі з батьками наголос робиться на тому, що коли дитина досягла підліткового віку й не знає про свій ВІЛ-позитивний статус, це може бути небезпечним, оскільки:

- деякі підлітки можуть мати статеве життя й повинні знати про свій статус для того, щоб уникнути ризику інфікування іншої людини;
- підліток може дізнатися про свій статус від сторонньої особи або за несприятливих обставин, це може бути зроблено в агресивний спосіб, нетактовно;

- дитина-підліток, не розуміючи важливості антиретровірусної терапії й на знак протесту, може припинити вживання ліків, чим поставить під загрозу стан свого здоров'я.

Дитина має право знати про стан свого здоров'я, щоб мати можливість вільно виявити свої почуття. Підлітку буде набагато легше почути свій діагноз від власної родини, ніж від сторонніх людей та ще й випадково. Якщо дитині своєчасно нададуть інформацію, вона уникне стресу, пов'язаного з невизначеністю, а також матиме змогу отримати достовірну інформацію щодо захворювання.

Батьки часто запитують, як розповісти дитині про ВІЛ-позитивний статус. Єдиних та універсальних правил, які підходили б усім, немає. Можна надати лише рекомендації, як це можна зробити, але завжди слід ураховувати вік дитини, її психоемоційний стан, індивідуальні особливості розвитку, особливості ситуації інфікування, сімейного оточення тощо.

Досвід свідчить: якщо батьки вирішують розкрити ВІЛ-позитивний статус, вони часто роблять це, коли дитина досягає віку восьми років і старше. Батьки зазвичай вважають, що в цьому віці діти достатньо дорослі, щоб сприйняти цю новину, особливо якщо раніше їм уже розповідали, що таке ВІЛ. Починаючи із цього віку, діти можуть пояснити свої почуття і бажання, їхня емоційна сфера більш розвинена.

Рішення про те, що дитині потрібно розповісти про ВІЛ, часто визначається її віком і ступенем розуміння деяких питань (наприклад природи захворювання). Найкраще це можуть зробити батьки. Якщо це неможливо, то розповісти про ВІЛ повинна людина, з якою дитина має налагоджені довірливі стосунки й емоційний контакт. Буде добре, якщо батьки зможуть створити в родині атмосферу відкритого спілкування, щоб дитина могла ставити різні запитання й висловлювати свої думки з приводу почутого. Бажано батькам заручитися також підтримкою спеціалістів під час складного процесу розкриття діагнозу дитині, який може розтягтися на декілька років, залежно від конкретної ситуації.

Найкраще розкривати діагноз у безпечному місці, де ніхто не заважатиме і дитина зможе проявити почуття, які виникнуть.

Потрібно пояснювати дитині все, що вона захоче знати, надавати інформацію й відповідати на уточнювальні запитання.

У процесі розкриття статусу ВІЛ-позитивній дитині слід дотримуватися наступних рекомендацій:

- 1) приділяйте увагу запитанням дитини, відповідайте на них, ураховуючи вік дитини, рівень її інтелекту та розвиненість когнітивної сфери; уникайте складної інформації, якої дитина може не зрозуміти;
- 2) не надавайте багато інформації за один раз, надавайте інформацію порційно;
- 3) будьте щирими у своїх словах і діях;
- 4) зберігайте позитивний тон голосу;
- 5) робіть паузи – можливо дитині потрібно подумати над почутим;
- 6) не обмежуйтеся однією розмовою на цю тему, адже для того щоб дитина могла сприйняти інформацію, необхідно декілька разів повертатися до обговорення проблеми;
- 7) надайте дитині впевненість у тому, що вона може звернутися до вас та обговорити цю тему тоді, коли матиме бажання й потребу; демонструйте дитині, що ви відкриті до спілкування;
- 8) дозволяйте дитині вільно проявляти свої почуття;
- 9) надавайте дитині підтримку.

Реакції дитини на розкриття статусу можуть бути різними: від повного ігнорування до суму й жалю щодо майбутнього, або підліток може на знак протесту відмовитися від терапії та ускладнити свій стан здоров'я. Можливе виникнення суїцидальних намірів та тривалих депресій у підлітків. Нижче наведені приблизні етапи реагування дитини на звістку про ВІЛ-позитивний статус, ураховуючи те, як необхідно планувати роботу із психосоціальної підтримки.

**Первинний шок.** На першій стадії дитина може бути настільки сильно шокована, що не проявить жодних зовнішніх емоцій. Якщо батьки чи інші дорослі нададуть дитині моральну підтримку, вона зможе обговорити з ними свої почуття і страхи, ставити запитання і проявити емоції, які відчуває. На цьому етапі необхідно більше підтримувати дитину й заохочувати її відкрито проявляти власні почуття. Надання інформації повинно бути дозованим, щоб дитина мала можливість її сприйняти й зрозуміти.

**Заперечення.** На цій стадії дитина захищається від почуттів та думок, які її турбують, шляхом їх заперечення. Дитина може

заперечувати саму наявність ВІЛ-інфекції, займати позицію „уникнення” та „втечі”.

**Обурення (гнів).** Характеристикою цього етапу є почуття безпорадності, нещастя. Дитина починає гніватися, агресивні дії можуть проявлятися в поведінці, і це важко сприймати тим, хто оточує дитину. Дитина переживає несправедливість ситуації й те, що нічого змінити вже не можна. Відчуття незворотності долі та приреченість можуть стати ключовими емоціями дитини. На цьому етапі необхідно, щоб вона сприйняла захворювання як реальність.

**Переговори.** У даному контексті цю стадію можна окреслити, як прагнення довести необхідність дотримання вимог лікування.

**Депресія.** На цій стадії дитина може мати пригнічений стан, бути сумною, заглиблюватися в роздуми про себе, в неї відбувається непроста внутрішня робота. Це етап підготовки до процесу прийняття ситуації, дитина збирається із силами, щоб дивитися в майбутнє. Водночас можуть спостерігатися ідеї саморуйнування, тому потрібно бути уважним до дитини.

**Прийняття.** На цій стадії дитина усвідомлює, що вона хвора. Приймаючи таку ситуацію, дитина визнає, що її хвороба передбачає певні обмеження та ризики, про які слід знати, і водночас позбавляється нав'язливих думок про власну хворобу.

Рекомендується, щоб на всіх етапах розкриття діагнозу батьки мали підтримку спеціалістів. Важливо також, щоб дитині було надано підтримку як до, так і після розкриття діагнозу. Починаючи таку важку бесіду, необхідно врахувати безліч факторів, і зокрема в першу чергу вік дитини.

**Дітям до 5-ти років** складно і не цікаво вислуховувати пояснення про їхнє здоров'я. Маленькі діти не здатні засвоїти такі складні терміни, як „імунна система”, „вірус імунодефіциту людини”, „ВІЛ-статус”, „антиретровірусна терапія”. Навіть якщо вони одержать інформацію про ВІЛ, то не зможуть її зрозуміти і не будуть знати, що про неї не можна нікому розповідати. Тому необхідності у розкритті діагнозу немає. Для дітей цього віку досить знати, що в них є захворювання і їм необхідно приймати лікувальні процедури. Можна пояснити, що дитина має „проблеми із кров'ю” і їй необхідно ходити до лікарів, щоб підтримувати здоров'я. Також можна сказати, що дитина „має вірус у крові, що з'їв усіх борців (воїнів) з мікробами”, і тепер організму важко протистояти хворобам, інфекціям, тому дитина хворіє частіше



своїх однолітків. Якщо дитині не досить такої інформації, і вона вимагає більш детальних пояснень, можна дати дитині базову, детальнішу інформацію про імунну систему людини (наприклад, що таке віруси, які вони бувають, як вони потрапляють в організм, як організм бореться з ними, хто такі „борці з вірусами” тощо).

**У віці 5-7 років** діти здатні сприймати більш складну інформацію про свій діагноз. Однак все-таки існує необхідність уникати згадування про ВІЛ-інфекцію, тому що діти цього віку можуть не зрозуміти такої інформації. Опираючись на інформацію для дітей молодшого віку, дорослі можуть розширити пояснення „проблем крові”, розповідаючи дітям про те, що „тілця, які повинні перебувати в крові й боротися з мікробами – відсутні” або „не працюють так, як необхідно”. Саме тому дитина хворіє частіше, ніж однолітки. Іноді дітей хвилює питання, чому саме у них виникли такі проблеми, а в інших дітей немає. Найчастіше їх може задовольнити правдива відповідь, що вони з цим народилися.

Крім цього, дітям необхідно розповісти, що необхідно робити, щоб залишатися здоровими (відвідувати лікаря, здавати аналізи, дотримуватися норм особистої гігієни, дієти, режиму дня тощо).

Якщо дитина захоче поговорити про своє захворювання, вона обов’язково поділиться своїми відчуттями і переживаннями. Нехай ініціатива йде від дитини. Щоб дитина хотіла і могла розмовляти про свої проблеми і переживання, важливо визнавати і поважати її почуття, навіть якщо здається, що це нерозумно, неважливо, смішно і не заслуговує на увагу.

Діти, які **вчаться в початковій школі**, одержують інформацію про ВІЛ/СНІД на уроках, через засоби масової інформації. Тому вони можуть зіставити факти власного життя, зробити висновки. Щоб ці висновки були правильними і не заподіяли дитині додаткових страждань, необхідно підготувати і розповісти дитині про її діагноз, пояснюючи, що таке ВІЛ. Особливо важливо поговорити з дитиною про перспективи на майбутнє (тобто продовжувати ретельно стежити за своїм здоров’ям, лікуватися, добре харчуватися, багато відпочивати тощо). Крім цього, необхідно консультуватися з лікарем і психологом.

Фахівці вважають, що до **підліткового віку** ВІЛ-позитивна дитина повинна бути інформованою про свій діагноз. Адже у підлітковому віці вона переживає складну вікову кризу, пов’язану з перебудовою гормональної системи, стрімкі зміни відбуваються в

когнітивній, емоційній та вольовій сферах. Слід нагадати, що в цьому віці відбувається активне формування картини світу, дитина починає розмірковувати про сенс життя, власне майбутнє. У підлітковому віці вона починає рефлексувати й цікавиться власним внутрішнім світом, відбувається самопізнання. У цей період у підлітка активно формуються моральні цінності, відбувається усвідомлення самого себе, своїх можливостей, здібностей, інтересів. Підліток прагне перевірити себе, відчути себе дорослим і самостійним.

Психологічні особливості підліткового віку, на думку різних авторів, розглядаються в контексті кризи, що супроводжується перебудовою у трьох основних сферах: тілесній, психологічній та соціальній.

Підлітковий вік – це період бурхливого й нерівномірного росту: процес розвитку та завершення формування кісткового апарату відбувається швидше, ніж розвиток м'язів організму. Спостерігається невідповідність, нерівномірність розвитку серцевого м'яза та судин. Посилена діяльність залоз внутрішньої секреції призводить до тимчасових розладів кровообігу, підвищення артеріального тиску, напруження серцевої діяльності, підвищеного збудження. Усі ці фактори сприяють підвищеній дратівливості, швидкій стомлюваності, запамороченню, прискореному серцебиттю. Відбувається статеве дозрівання, що впливає на всю систему особистісного розвитку.

Якісні і кількісні зміни відбуваються у когнітивній сфері, з'являється здатність виконувати раніше недоступні розумові операції. Підліток перебуває під впливом двох суперечливих тенденцій. Одна з них – установлення тісніших міжособистісних контактів, орієнтації на групу, а інша – зростання самостійності, незалежності, пошук себе та прагнення до вираження своєї унікальності.

Центральним особистісним новоутворенням підліткового віку є становлення нового рівня самосвідомості, формування Я-концепції, що проявляється у прагненні зрозуміти себе, свої можливості. Підліток активно порівнює себе з оточенням, шукаючи водночас свою відмінність, неповторність та унікальність. Цей період характеризується передусім підвищеною значущістю Я-концепції, системи уявлень про себе, формуванням складної системи самооцінок на основі перших спроб самоаналізу, зіставлення себе з іншими. Підліток дивиться на себе ніби „ззовні”, порівнюючи себе з

іншими – дорослими й однолітками, шукає критерії для такого порівняння. Завдяки цьому в нього поступово виробляються деякі власні критерії оцінки себе, і він переходить від погляду „ззовні” на погляд „зсередини”. Орієнтація на оцінку оточення поєднується з орієнтацією на самооцінку, формується уявлення про Я-ідеальне.

Саме в підлітковому віці порівняння реальних та ідеальних уявлень про себе стає справжньою основою Я-концепції особистості.

Багато психологів підкреслюють, що повний розвиток особистої ідентичності неможливий до тих пір, поки підліток не досягне стадії формальних операцій у своєму когнітивному розвитку. Саме на цій стадії стають можливими роздуми про самого себе. Підлітки збирають інформацію, яка допомагає їм оцінити себе: чи маю я здібності, чи привабливий я для протилежної статі, чи я розумний?

Головною особливістю формування особистості в підлітковому віці є набуття підлітком можливості усвідомлення своїх вчинків та, відповідно, їх регуляція; уміння розпізнавати й розуміти свої почуття, інтереси інших людей та вміння орієнтуватися на них у своїй поведінці.

Новоутворення не виникають самі по собі, а є результатом власного досвіду дитини, отриманого в результаті включення її у виконання різних форм суспільної діяльності.

У психічному розвитку дитини визначальним є не лише характер її провідної діяльності, а й характер стосунків з оточенням, у які вона вступає на різних етапах свого розвитку.

Тому спілкування підлітків з однолітками й дорослими необхідно вважати важливою умовою їхнього особистісного зростання. Невдачі у спілкуванні ведуть до внутрішнього дискомфорту, компенсувати який не можуть жодні об’єктивні високі показники в інших сферах життя та діяльності підлітків.

Спілкування суб’єктивно сприймається підлітками, як щось особистісне і дуже важливе. Спілкування з однолітками набуває великого значення в житті підлітка, який починає усвідомлювати цінність дружби, у нього з’являються перші почуття закоханості.

На всі ці процеси може вплинути звістка про наявність ВІЛ-інфекції. У такому разі діти опиняються у складній ситуації: вони не можуть сказати правди своїм одноліткам і водночас часто не отримують підтримки в родині. Діти уникають додаткових розмов з батьками, оскільки часто, бачачи їхні хвилювання і стурбованість, бояться їх засмутити. Саме тому важливо, щоб такі діти мали

підтримку від дорослої людини, якою може бути психолог або соціальний працівник. Значною підтримкою є спілкування з однолітками, які мають таку саму проблему.

Дізнавшись про ВІЛ-позитивний статус, дитина може відчувати недовіру, гнів, злість, мати пригнічений стан або якимось іншим чином проявляти свої почуття. Повинно пройти достатньо часу, доки дитина змиритися з наявністю ВІЛ-інфекції. Діти не часто звертаються за підтримкою до батьків, тому що бачать, що ті самі стурбовані й тяжко переживають ситуацію. Діти можуть не звертатися за допомогою до батьків також у тому разі, коли вони вже мали негативний досвід такого звернення: батьки не могли відповісти на запитання, засмучувались або демонстрували небажання говорити на тему ВІЛ-інфекції.

Безумовно, кожна дитина, незалежно від її ВІЛ-статусу, це насамперед дитина. Відразу після народження вона потребує їжі й тепла, догляду й турботи, але насамперед – батьківської любові. Для ВІЛ-позитивної дитини догляд, якісне харчування й лікування надзвичайно важливі, однак турбота і доброзичливе ставлення оточуючих є не менш важливою складовою частиною тривалого і повноцінного життя такої дитини.

ВІЛ-інфікованій дитині більшою мірою, ніж іншим дітям, необхідне „якісне” життя, тобто активне, наповнене спілкуванням з оточуючими і любов’ю родини. Немає ніяких підстав ізолювати ВІЛ-позитивну дитину в родині.

Головне – це створити в сім’ї, де виховується ВІЛ-позитивна дитина, сприятливу психологічну атмосферу. Діти дуже вразливі до неблагополуччя в родині, до поганого ставлення. Недоброзичливі слова, неправильне ставлення оточуючих можуть спровокувати нервові зриви. Описані випадки спричинені саме несприятливою атмосферою в родині, відсутністю друзів-однолітків, докорами від оточуючих у дворі й школі, коли діти-школярі молодших класів хотіли покінчити з життям. І навпаки, психічний і фізичний стан дітей, які виховуються в хороших психологічних умовах, можна назвати благополучним.

У першу чергу батькам необхідно прийняти той факт, що їхня дитина має ВІЛ-інфекцію. Так, це трапилось. На жаль, змінити вже нічого не можна. ВІЛ-інфекція не зникне, доведеться з цим змиритися. Тепер родина має два шляхи:

- жити в постійному страху за здоров'я та життя своєї дитини, звинувачуючи в цьому себе;
- жити якомога більш повноцінно: радіти кожній хвилині, проведеній разом з дитиною, першим її посмішкам, крокам, успіхам; просто бути поруч, дарувати любов, турботу, увагу і зробити свою дитину щасливою. Нехай вона проживе життя щасливо і повноцінно в родині, де всі посміхаються, де її люблять, цінують і приймають такою, якою вона є.

Саме другий варіант є найбільш оптимальним для нормального життя сім'ї, для формування в дитини позитивного настрою та впевненості у собі. Тому соціальний працівник повинен сприяти створенню необхідних умов для розкриття статусу ВІЛ-позитивної дитини у сім'ї та налагодженню дружніх, довірливих відносин між дитиною та її близькими.

**Ключові поняття:** ВІЛ (вірус імунодефіциту людини), СНІД (синдром набутого імуноного дефіциту), принципи роботи з ВІЛ-інфікованими, передтестове та післятестове консультування, бар'єри у спілкуванні, розкриття ВІЛ-позитивного статусу.

**Питання та завдання:**

1. Яких принципів необхідно дотримуватися соціальному працівнику, що працює із ВІЛ-позитивними клієнтами?
2. Проаналізувати проблеми, які можуть виникати під час надання допомоги ВІЛ-позитивній людині.
3. Визначити завдання соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми.
4. Які функції може виконувати фахівець із соціальної роботи під час надання допомоги людям, що живуть з ВІЛ?
5. Розкрити сутність проведення передтестового та післятестового консультування клієнта, який прийняв рішення пройти тест на наявність антитіл до ВІЛ.
6. У чому сутність допомоги ВІЛ-позитивній та ВІЛ-негативній дитині?

**Практичне завдання.** Зробити програму роботи соціального педагога з ВІЛ-позитивною дитиною.

## **2.2. Соціально-педагогічний і соціальний супровід ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей**

ВІЛ-позитивні люди та їх найближче оточення переживають соціальну і економічну незахищеність. Брак коштів і соціальна дезадаптованість посилюють емоційний стрес і погіршують їхній психологічний та фізичний стан. Отже, такі клієнти потребують специфічної психосоціальної підтримки з боку фахівців, а саме специфічного соціального супроводу. Інститут соціальних працівників покликаний стати першим помічником, консультантом і порадиником цих клієнтів.

**Соціальний супровід** сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, – це комплексна діяльність, спрямована на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу для подолання життєвих труднощів, захисту прав, збереження та підвищення соціального статусу таких клієнтів.

Основною метою соціального супроводу є об'єднання усіх зацікавлених сторін – соціальних працівників, медиків, психологів, юристів, вчителів, державних службовців для забезпечення нормального функціонування сім'ї, захисту її прав та підвищення соціального статусу.

Супровід людей, які живуть з ВІЛ, є комплексним процесом, зосередженим на індивідуальних потребах людини, який має здійснюватись з моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції та триває протягом усього життя. Він включає постійний контроль стану здоров'я клієнта, попередження та лікування опортуністичних інфекцій, моніторинг імунного статусу, підготовку до антиретровірусної терапії та її проведення, консультування, підтримку прихильності до лікування, психологічну та соціальну підтримку, забезпечення спадковості та послідовності надання допомоги в повному обсязі.

Згідно „Інструкції про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям” соціальний супровід ВІЛ-інфікованих дітей здійснюється спеціалістами відповідного ЦСССДМ. Соціальний супровід неповнолітньої або недієздатної особи здійснюється за згодою її батьків (офіційних представників), повнолітньої та дієздатної особи – за її особистою згодою.

Соціальному супроводу підлягають ВІЛ-інфіковані діти, сім'ї, які самостійно не здатні подолати кризу, вирішити соціально-медичні проблеми, а саме:

- психологічна депресія, криза, пов'язана з ВІЛ-статусом, погіршенням стану здоров'я, самоізоляцією та соціальною ізоляцією, фактами дискримінації та стигматизації;
- внутрішньосімейні конфлікти в контексті ВІЛ;
- проблеми взаємодії з представниками інших державних установ, організацій;
- порушення прав людей, які живуть з ВІЛ;
- необізнаність батьків (опікунів) з питань догляду за дітьми, які перебувають на спеціальному медичному обліку;
- підготовка та влаштування дітей з ВІЛ-статусом до перебування в організованих дитячих колективах;
- відсутність прихильності до прийому препаратів антиретровірусної терапії;
- проблеми працевлаштування або тимчасової зайнятості;
- незадовільне матеріальне становище сім'ї, що не дає змогу забезпечити умови догляду та розвитку дитини, яка перебуває на спеціальному медичному обліку, та інші.

Рішення про здійснення соціального супроводу приймається спеціалістом відповідного ЦСССДМ на підставі:

- контактування за зверненнями громадян, сімей зі спеціалістами соціальної роботи та відповідними записами в журналі обліку первинних та контактних звернень або картці клієнта;
- первинного анкетування дитини, сім'ї з проблем ВІЛ/СНІДу;
- визначення спільно із сім'єю соціальних проблем, що будуть вирішені під час здійснення супроводу, мети супроводу та результату роботи.

Спеціаліст відповідного ЦСССДМ складає індивідуальний план соціального супроводу з визначенням терміну виконання та встановленими формами.

Для надання спеціалізованих послуг у вирішенні проблем за погодженням із сім'єю спеціаліст має право залучати інших фахівців центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, державних установ, організацій, що надають відповідні послуги за територіальним принципом.

Спеціаліст ЦСССДМ заводить особову справу соціального супроводу, яка є документом службового користування з дотриманням прав клієнтів. За порядок ведення справи, своєчасну фіксацію послуг, умови зберігання справи відповідно до номенклатури відповідає спеціаліст ЦСССДМ.

Рішення про припинення соціального супроводу може бути прийняте керівником ЦСССДМ на підставі інформації відповідального працівника центру або як результат розгляду письмового звернення сім'ї відповідно до статті 17 Закону України „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”.

Зважаючи на те, що соціальний супровід – це процес активної взаємодії соціального працівника та клієнта, основним завданням фахівця, який його здійснює, є формування готовності клієнта до самостійного вирішення проблем, навчання його основним стратегіям подолання життєвих труднощів, створення разом з ним сприятливого оточення з числа представників найближчого кола спілкування, фахівців, громади тощо.

Для забезпечення конфіденційності соціальний супровід краще вести одній людині – довірній особі. Такому спеціалісту необхідно:

- знати соціальних партнерів, які можуть йому допомогти у вирішенні проблем ВІЛ-позитивного клієнта та членів його сім'ї;
- підтримувати зв'язки з місцевими організаціями, що працюють з ВІЛ-позитивними;
- мати інформаційно-методичний матеріал, що включає необхідну для супроводу клієнта інформацію про захворювання, законодавство та інші питання.

Підґрунтя соціального супроводу складають:

- підтримка членів сімей у вирішенні життєвих проблем, які вони не в змозі подолати за допомогою власних засобів та можливостей;
- попередження виникнення нових складних життєвих обставин;
- створення умов для подальшого самостійного розв'язання життєвих проблем, які виникають;
- забезпечення партнерських стосунків сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, з соціальною службою, іншими державними і громадськими установами для комплексного забезпечення їхніх прав.



**Основними складовими** соціального супроводу сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, є:

**1. Психолого-педагогічна робота з родиною:**

- посередництво у конфлікті (всередині сім'ї або з оточенням – родичами, сусідами, однолітками дитини тощо);
- психологічна підтримка (заспокоєння, виведення з депресії, покращення настрою тощо);
- сприяння вагітним жінкам в отриманні інформаційної та консультативної допомоги для прийняття рішення щодо народження дитини;
- навчання батьків, матерів навичкам догляду за дитиною;
- надання методичних порад батькам, матерям щодо виховання та розвитку дитини;
- психологічне консультування з питань внутрішньосімейних стосунків та потреб дитини;
- спільне планування майбутнього життя сім'ї, дитини, вагітної жінки, матері з дитиною тощо.

**2. Сприяння поліпшенню матеріального стану родини або вагітної жінки:**

- консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку;
- допомога в оформленні відповідних документів;
- сприяння в оформленні державної допомоги, пенсій, пільг та виплат на дитину;
- посередництво, пошук гуманітарної, спонсорської допомоги.

**3. Сприяння навчанню, розвитку та соціальній адаптації дитини:**

- влаштування дитини у дитячий садок;
- влаштування дитини на навчання;
- влаштування дитини до гуртка, секції, клубу та в інші дитячі установи.

**4. Сприяння у соціальній адаптації сім'ї, вагітних жінок:**

- залучення членів родини або вагітної жінки, матері до груп взаємопідтримки та взаємодопомоги.

**5. Сприяння захисту здоров'я та оздоровленню дитини і вагітної жінки:**

- попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

- сприяння у доступі до АРВ-терапії;
- контроль за дотриманням термінів та правил АРВ-терапії для ВІЛ-позитивних дітей, вагітних жінок, матерів з дітьми;
- влаштування дитини або вагітної жінки на оздоровлення;
- організація медичного обстеження або догляду (лікарського або сестринського);
- сприяння в організації госпіталізації і лікування в медичних закладах;
- сприяння у придбанні ліків, вітамінів, продуктивних наборів;
- консультування з питань здорового способу життя, профілактики передачі ВІЛ та методів безпечної поведінки;
- інформування батьків та дітей про АРВ-терапію, альтернативну медицину, штучне годування, особливості харчування тощо;
- сприяння у забезпеченні заміниками грудного молока, гігієнічними наборами, засобами догляду за дитиною.

**6. Представництво інтересів та захист прав сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу:**

- попередження випадків стигми та дискримінації по відношенню до клієнтів, порушення їх прав;
- представлення інтересів клієнтів перед органами державної та місцевої влади;
- організація юридичних, психологічних, соціальних консультацій тощо.

Якщо соціальний працівник самостійно не може вирішити певні проблеми клієнтів, то після обговорення з директором центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді він може запросити інших фахівців: психолога, лікаря певної спеціалізації, юриста тощо.

Соціальний супровід – це процес достатньо довготривалий. Як кожен процес він має свої специфічні **етапи**:

**I. Підготовчий етап:**

1. Прийом та аналіз направлення щодо можливості соціального супроводу:

- вивчення документа (направлення);
- інтерв'ю з клієнтом (якщо він сам відвідав центр соціальних служб).

2. Збір інформації про клієнта від партнерських служб та установ.

3. Первинне обстеження клієнта:

- відвідування/інспектування помешкання клієнта/сім'ї, огляд умов проживання, складання акту обстеження;
- бесіда з клієнтом, роз'яснення мети і завдань діяльності соціальних служб та соціального супроводу.

4. Робоча нарада з метою вирішення питання щодо взяття чи не взяття сім'ї під супровід на основі проведеного соціального інспектування.

5. Визначення на робочій нараді, хто з соціальних працівників здійснюватиме соціальний супровід клієнта та затвердження його відповідним наказом.

6. Офіційне повідомлення клієнта про позитивне чи негативне рішення стосовно супроводу.

7. Комплексне обстеження клієнта:

- збір детальної інформації про основні проблеми та потреби клієнта методом анкетування, співбесіди, спостереження за сім'єю, її членами;
- збір детальної інформації про сім'ю від партнерських установ.

8. Планування спільно з клієнтом соціального супроводу, його затвердження: періодичний перегляд та уточнення плану супроводу.

9. Укладання угоди.

#### **II. Етап реалізації та надання конкретних послуг:**

- здійснення соціального супроводу згідно з робочим планом;
- підготовка щоквартального звіту щодо здійснення соціального супроводу і надання його директорові центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- щомісячне обговорення проведеної роботи на робочих нарадах.

#### **III. Заключний етап:**

1. Завершення і оцінка проведеної роботи щодо соціального супроводу клієнта.

2. Написання звіту і обговорення проведеної роботи: після закінчення соціального супроводу соціальний працівник складає остаточний звіт про проведenu роботу.

3. Надання клієнту інформації про соціальну підтримку, якою клієнт або сім'я можуть скористатися в майбутньому.

Не всі клієнти підлягають взяттю під соціальний супровід. Основними критеріями взяття клієнта під соціальний супровід є:

- самостійне звернення клієнта до соціальної служби, бажання отримати соціальний супровід;
- проблема, з якою звертається клієнт, не може бути вирішена за одну зустріч;
- добровільна згода клієнта з робочим планом соціального супроводу і умовами угоди, підписання відповідної угоди;
- добровільна згода клієнта дотримуватися умов угоди та робочого плану супроводу.

Якщо критерії не витримуються, клієнт не береться під соціальний супровід.

Термін здійснення соціального супроводу конкретного клієнта визначається індивідуально – відповідно до його мети, складності проблем, що підлягають вирішенню, обраної стратегії соціального супроводу.

Соціальний супровід припиняється у таких випадках:

- 1) усі проблеми вирішено або клієнт може самостійно їх вирішити;
- 2) клієнт добровільно відмовляється від соціального супроводу і „розриває” угоду;
- 3) клієнт переїхав на нове місце проживання. Якщо місце нового проживання клієнта відоме, соціальний працівник, який здійснював соціальний супровід, повинен повідомити відповідні служби;
- 4) клієнт не виконує свої зобов'язання за робочим планом та умови угоди соціального супроводу.

Зважаючи на специфіку клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ, їх соціальний супровід повинен базуватися на таких принципах:

- *активного партнерства* – клієнт так само, як і соціальний працівник несе відповідальність за здійснення соціального супроводу, його результати;
- *добровільності у прийнятті допомоги* – клієнт самостійно вирішує приймати чи не приймати допомогу з боку фахівців, отримувати чи не отримувати певну соціальну послугу;

- *конфіденційності* – соціальний працівник несе відповідальність за нерозголошення, конфіденційність інформації, отриманої під час соціального супроводу клієнта;
- *відповідальності соціального працівника* – дотримання етичних та правових норм;
- *безпристрасності* – уникнення конфлікту інтересів;
- *диференційованості* – індивідуальний підхід до кожного клієнта;
- *актуальності* – вибір пріоритетів, вирішення тих проблем, які є найбільш актуальними в даній життєвій ситуації;
- *можливості корекції* – можливість змін у рішенні, корекції робочого плану та складових соціального супроводу;
- *підзвітності* – ведення звітної документації, контроль впровадження етапів соціального супроводу.

Беручи до уваги серйозну проблему стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, в сучасному українському суспільстві для впровадження соціального супроводу необхідно знати основні міжнародні керівні принципи ООН з ВІЛ/СНІДу та прав людини. Насамперед йдеться про:

- Конвенцію про права дитини, ратифіковану Верховною Радою Української РСР 27.02.1991 р.;
- Конвенцію № 111 Міжнародної організації праці про дискримінацію у галузі праці та занять, ратифіковану Українською РСР 04.08.1961 р.;
- ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи.

Основний зміст вищезазначених документів у сфері прав людини полягає в тому, що будь-яка людина має такі основоположні права, як:

- право на відсутність дискримінації та рівність перед законом;
- право на охорону здоров'я;
- право на освіту та інформацію;
- право на працю;
- право на участь у політичному та культурному житті;
- право на шлюб та створення сім'ї тощо.

В основу документа „ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи” покладені важливі міжнародно-правові акти. Він

поєднав та систематизував універсальні, стандартні вимоги світового співтовариства до політики, законодавства та діяльності держав у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом та зменшення шкоди суспільству від цієї проблеми. Він містить керівні принципи, які описують інституційні повноваження і процеси, реформи і підтримку законодавства та створення у суспільстві сприятливого та стимулюючого клімату щодо забезпечення дотримання прав людини у зв'язку з проблемою ВІЛ/СНІДу. Усі принципи є дуже важливими, але у контексті соціального супроводу сімей та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, найбільш доречними є:

- керівний принцип „**Служби правової підтримки**” передбачає необхідність створення та підтримки служб правової допомоги. Основним завданням таких служб є інформування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб про їхні права, надання безкоштовних юридичних послуг з метою забезпечення дотримання цих прав тощо;

- керівний принцип „**Жінки, діти та інші вразливі групи**” зосереджує увагу на створенні сприятливого та стимулюючого середовища для жінок, дітей та інших вразливих груп (зокрема малозабезпечених, національних меншин, біженців та вимушених переселенців, інвалідів тощо) шляхом усунення забобонів та нерівності, що породжують цю вразливість, забезпеченні діалогу з населенням, створенні соціальних служб та служб охорони громадського здоров'я, а також через підтримку зазначених вище груп населення.

Соціальному працівнику, який здійснює соціальний супровід людей, що живуть з ВІЛ, корисно знати про особливості українського законодавства у сфері праці.

Так, згідно Конституції України та статті 2-1 Кодексу законів про працю України констатується рівність трудових прав усіх громадян незалежно від походження, соціального і майнового стану, расової і національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, роду і характеру занять, місця проживання та інших обставин. Крім цього, в основному законі України є стаття № 33, яка проголошує рівність прав жінок і чоловіків, в тому числі у сфері праці, винагороди за неї, кар'єрного росту, а також спеціальні заходи щодо охорони праці і здоров'я жінок.

Законодавство України не передбачає обов'язкового скринінгу – перевірки на ВІЛ-інфекцію. Так, стаття №25 Кодексу законів про

працю України забороняє роботодавцям при підписанні трудової угоди вимагати у осіб, що поступають на роботу, документи, надання яких не передбачено законодавством, в тому числі особистої інформації про стан здоров'я і ВІЛ-статус. На думку фахівців, вимоги щодо обов'язкового тестування на ВІЛ тих, кого приймають на роботу, чи тих, хто вже працює, відсутні в Законах України „Про захист населення від інфекційних хвороб”, „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, а також у відповідних підзаконних актах. Тобто, згідно законодавства України наявність ВІЛ-інфекції не може бути причиною відмови людині у прийнятті на роботу, впливати на її кар'єрне просування чи звільнення з роботи.

Конституція України, Закон України „Про інформацію”, Закон „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” зобов'язують роботодавців дотримуватися конфіденційності медичної і особистої інформації про працівників.

Стаття № 170 Кодексу законів про працю зобов'язує роботодавців перевести на легшу роботу працівників, які потребують цього за станом здоров'я у відповідності з медичним висновком, за їх згодою.

У статті № 40 Конституції України говориться, що громадяни України мають право на охорону здоров'я. Це право забезпечується безоплатною кваліфікованою медичною допомогою, що надається державними закладами охорони здоров'я; розширенням мережі закладів для лікування і зміцнення здоров'я громадян; розвитком і вдосконаленням техніки безпеки і виробничої санітарії; проведенням широких профілактичних заходів тощо. Крім цього, у статті № 17 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” передбачені права ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України щодо безоплатного забезпечення ліками, необхідними для лікування, засобами особистої профілактики, психосоціальної підтримки тощо. Стаття № 10 Закону „Про захист населення від інфекційних хвороб” також гарантує безоплатне надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах; соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 10.07.98 р. №1051 „Про розмір щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ або хворим на СНІД” ВІЛ-інфікованим дітям до 16 років призначається щомісячна державна допомога у розмірі двох неоподаткованих мінімумів доходів громадян. Порядок виплати цієї допомоги визначає Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.08.98 р. №265 „Порядок виплати щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ чи хворих на СНІД”. Підставою для виплати щомісячної допомоги дітям з ВІЛ/СНІДом є списки, які складає Міністерство охорони здоров'я України для Кримського республіканського, обласних (міських) центрів профілактики СНІДу, а в разі їх відсутності – за списками обласних, Київської і Севастопольської міських санепідстанцій.

ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД діти визнані дітьми-інвалідами згідно Переліку медичних показань, які дають право на отримання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років, що затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 08.11.2001 р. №454/471/516. Порядок і особливості виплати державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років передбачені в „Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам”, затвердженому Наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 30.04.2002 р. №226/293/169.

Інвалідність дітям призначається лікувально-консультативними комісіями (ЛКК) дитячих лікувально-профілактичних установ.

Для здійснення соціального супроводу сімей та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, необхідно враховувати основні положення правових документів, які регулюють соціальну роботу з різними категоріями клієнтів. Так, визначення соціального супроводу, основні принципи, сфери і напрями здійснення соціальної роботи, права суб'єктів соціальної роботи, а також права та обов'язки фахівців із соціальної роботи дає Закон України „Про соціальну роботу”.

Особливості здійснення соціального інспектування різних категорій сімей прописані у „Порядку здійснення працівниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціального



інспектування з метою забезпечення супроводу сімей у складних життєвих обставинах”, затвердженого Наказом Державного комітету у справах сім’ї та молоді від 04.02.2002 р. №11, та у „Порядку здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей”, затвердженого Наказом Державного центру соціальних служб для молоді від 08.04.2002 р. № 19.

„Порядок здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей” (Наказ Державного центру соціальних служб для молоді від 08.04.2002 р. №19), а також „Порядок здійснення працівниками центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді соціального інспектування з метою забезпечення супроводу сімей у складних життєвих обставинах” (Наказ Державного комітету у справах сім’ї та молоді від 04.02.2002 р. №11) визначають порядок і механізми здійснення соціального супроводу сімей, які в певному розумінні можна застосовувати для соціального супроводу сімей з ВІЛ-інфікованими членами.

Методи роботи – це сукупність прийомів, способів діяльності суб’єктів соціальної роботи, які використовуються для розв’язання соціальних проблем клієнтів, стимулювання розвитку їхніх власних сил, конструктивної діяльності щодо зміни несприятливої життєвої ситуації. Зважаючи на специфіку клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, а також на особливості соціального супроводу таких клієнтів, соціальний працівник може використовувати кілька основних методів та форм роботи. Серед найбільш ефективних та розповсюджених можна виокремити індивідуальні, групові методи та методи роботи у громаді.

До **індивідуальних методів** відносяться:

*Соціальний патронаж*, який передбачає відвідування клієнтів з діагностичною (вивчення умов проживання, аналіз проблем та потреб), контрольною (оцінка становища ВІЛ-інфікованих дітей, ВІЛ-позитивних вагітних жінок, матерів з дітьми, моніторинг результатів соціального супроводу) чи адаптивно-реабілітаційною (надання конкретної освітньої, соціально-психологічної, педагогічної, посередницької, юридичної, інформаційної допомоги) метою. Патронаж може бути одноразовим або регулярним, залежно від обраної стратегії роботи з конкретним клієнтом. Активний патронаж проводиться в ході реалізації індивідуального плану і передбачає регулярний контакт з сім’єю не рідше 1 разу на тиждень на початковому етапі роботи і не рідше 1 разу на місяць на

контрольному етапі роботи. Критерієм закінчення активного патронажу є соціальна інтеграція клієнтів у суспільство: наявність стабільних джерел доходу, використання ним усіх соціальних гарантій, стабільний психологічний стан, сприятливий клімат у родині, чітке уявлення подальших життєвих перспектив, здатність звернутися за допомогою у разі необхідності, диспансеризація у профільній установі охорони здоров'я. Якщо немає показань до активного соціально-психологічного патронажу ВІЛ-інфікованого і членів його сім'ї, а достатньо лише консультування фахівців установи соціального захисту, то застосовується контрольний соціально-психологічний супровід: візити додому або телефонний супровід для моніторингу ситуації та необхідного втручання.

*Консультування* з юридичних, соціальних, психолого-педагогічних, інформаційних проблем, а також щодо здоров'я, здорового способу життя. Основними прийомами консультування можуть бути: навчання, переконання, художні аналогії тощо.

*Бесіди* з профілактичної, освітньої, психолого-педагогічної тематики. Бесіди можуть проводитися індивідуально з кожним членом родини, вагітною жінкою, дитиною, матір'ю.

**Груповими методами** роботи з клієнтами під час соціального супроводу є:

*Міні-тренінги*, основною метою яких є: вирішення конкретних проблем сім'ї, клієнта, формування навичок спілкування, вирішення конфліктів, налагодження взаємодії, подолання психологічної кризи, планування майбутнього тощо. Під час тренінгу клієнт може збагатити свій досвід за рахунок доповнень, міркувань, зауважень, виявлення певного ставлення, співпраці з іншими членами групи. Залежно від його мети, до участі в тренінгу можуть залучатися члени родини клієнта, його родичі, друзі, знайомі, сусіди тощо.

*Групове обговорення* конкретних проблем з метою їх вирішення, до якого можуть залучатися усі суб'єкти невирішеної проблеми.

Серед методів **роботи у громаді** для клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, можна виокремити:

*Групи взаємодопомоги* ВІЛ-інфікованих та представників їх найближчого оточення. Серед основних форм роботи таких груп найбільш ефективними є регулярні зустрічі з метою взаємодопомоги, телефонний зв'язок, різноманітні спільні заходи

(розважальні, туристичні, екскурсійні), навчальні та оздоровчі заняття тощо.

**Розширення участі** людей, що живуть з ВІЛ, у громадському житті за допомогою формування та розвитку соціальних зв'язків клієнта з оточуючими, його активне залучення до отримання різних послуг, розширення життєвого соціального простору клієнта.

Необхідно звернути увагу, що застосування цих методів соціальним працівником для здійснення соціального супроводу потребує спеціальної підготовки, відповідних знань, навичок та вмій. Перед застосуванням кожного з перелічених методів соціальний працівник повинен ретельно підготуватися, а саме:

- спираючись на мету та завдання соціального супроводу конкретного клієнта, обрати адекватні методи роботи;
- заздалегідь підготувати план (список) ключових питань, проблем, тем, які будуть підніматися при застосуванні того чи іншого методу роботи з клієнтом;
- створити належні умови для запровадження того чи іншого методу (продумати де, як, у який саме час краще застосувати цей метод);
- вирішити кого саме з оточуючих залучити до роботи;
- продумати, яких саме фахівців необхідно запросити для спільного застосування певного методу;
- заздалегідь приготувати необхідну інформацію, наочність, інформаційні матеріали, які будуть використовуватися тощо.

Вирішенню цих завдань сприяють такі специфічні **методи**:

- **організаційні**: планування, аналіз ситуації, прийняття рішення, формування соціальних зв'язків, ведення переговорів тощо;

- **соціально-психологічні**: прямий (безпосередній) вплив на клієнта задля залучення до вироблення та прийняття рішень, а також непрямий (опосередкований) вплив на життєву ситуацію, проблему клієнта шляхом зміни ставлення, поведінки його оточення. Ці впливи можуть реалізовуватися через пропозиції, поради, умовляння, раціональні дискусії, рефлексію тощо;

- **соціально-педагогічні**: розвиваюча взаємодія соціального працівника та клієнта задля спільного вирішення проблеми та збагачення життєвого досвіду; залучення до певних видів діяльності, емоційне „зараження” тощо.

У здійсненні соціального супроводу сімей та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, одним з найважливіших методів роботи є **консультування** – специфічний процес спілкування консультанта і клієнта з метою вирішення проблемних ситуацій. Воно має розпочатися вже при первинному обстеженні ВІЛ-інфікованого клієнта з оцінки та обговорення соціальних умов життя, що допоможе у визначенні його готовності до співробітництва та прогнозуванні того обсягу допомоги, яка може йому знадобитися. Консультування охоплює такі теми:

- питання партнерства (стабільність, проблеми тощо);
- стиль життя та проблеми, які можуть заважати лікуванню (наприклад, вживання алкоголю або наркотиків, умов проживання тощо);
- робота (її наявність, години роботи, графік, відрядження, фінансова забезпеченість);
- хто з близького оточення клієнта має знати про його ВІЛ-позитивний статус;
- з ким соціальні та медичні працівники можуть говорити на теми, пов'язані зі станом здоров'я клієнта;
- проблеми, труднощі у родині, у навчальному закладі, який відвідують діти тощо.

Консультування є ефективним методом допомоги, тому що воно відповідає кільком умовам:

- допомагає людині „розкрити” душу, висловити почуття, позбутися напруги, більш раціонально, об'єктивно поглянути на ситуацію;
- дає можливість клієнту відчувати розуміння і прийняття своєї особистості іншою людиною, дає впевненість у собі;
- надає інформацію, якої не вистачає клієнту;
- вказує клієнту на різні шляхи вирішення конкретних проблемних ситуацій тощо.

Консультування завжди повинно відбуватися у формі активного діалогу між спеціалістом-консультантом і клієнтом та будується на принципі рівності. Консультант лише допомагає, підтримує клієнта в самостійному пошуку вирішення проблеми.

Для ефективності процесу консультування важливо дотримуватися етичних норм:

**Доброзичливе і безоцінне ставлення до клієнта.** Якщо клієнт не буде відчувати позитивного ставлення до його почуттів, він не зможе розкритися і „озвучити” свої проблеми.

**Орієнтація на норми і цінності клієнта.** У кожної людини склалася унікальний погляд на життя, принципи і цінності. Якщо консультант починає відштовхуватися від власних цінностей, він перестає розуміти, чути клієнта. А клієнт вважає, що консультант його не розуміє і або відмовляється від подальшого консультування, або підпадає під вплив консультанта.

**Заборона давати поради.** Даючи поради, консультант бере на себе відповідальність за життя і поведінку людини, а також за усі наслідки його поведінки. Поради не дають можливості людині самостійно взяти на себе відповідальність за своє життя і навчитися контролювати ситуацію. Клієнт звикає до зовнішнього керівництва життям і знову буде приходити за порадою. Проте основна мета консультування – допомогти людині сформувати адекватне уявлення про ситуацію і самостійно долати проблеми. Надання інформації, на основі якої людина може прийняти вірне рішення, не є порадою.

**Анонімність.** Ніяка інформація, отримана від клієнта, не може бути передана в інші установи, третім особам, включаючи навіть членів родини, друзів тощо.

**Розмежування особистих і професійних відносин.** Встановлення тісних особистісних стосунків між клієнтом та консультантом не дає можливості останньому зберегти об’єктивну і незалежну позицію, необхідну для роботи.

Зважаючи на специфіку ВІЛ-інфікованих клієнтів необхідно виокремити позитивні та негативні моменти процесу консультування. Знання таких моментів надасть можливість уникнути „негативу” і посилити „позитив” у процесі консультування конкретного випадку.

**Основні переваги консультування:**

- консультації є ефективним методом для людей у стадії „жертви” і тих, хто знаходиться у стадії гострої кризи;
- клієнт відчувається більш впевнено, спілкуючись з консультантом наодинці;
- саме на консультації ВІЛ-інфіковані люди вперше відкрито говорять про свій ВІЛ-статус і вчать його приймати;
- часто люди не можуть самостійно сформулювати свою проблему і не бачать можливих шляхів її вирішення, саме

консультування дає можливість краще зрозуміти себе і свої труднощі;

- підтримка та інформація під час консультації повністю відповідає життєвій ситуації клієнта.

**Основні недоліки консультування:**

- багато ВІЛ-інфікованих людей через свої психологічні особливості не хочуть звертатися за консультаціями і відмовляються від них навіть під час соціального супроводу;
- консультування не дає можливості ВІЛ-інфікованим проявляти активність і допомагати іншим людям, що є важливим для таких клієнтів;
- клієнт, особливо ВІЛ-інфікований, може легко підпасти під вплив консультанта;
- почуття емпатії та співчуття до ВІЛ-інфікованого клієнта може привести до ефекту „згоряння” консультанта.

Успіх і ефективність консультування забезпечується професійним менеджментом, а також кваліфікацією консультанта. Незалежно від освіти і професії, консультування може проводити лише фахівець, який пройшов спеціальне навчання. Консультанту важливо пам'ятати, що багато людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, багато знають про ВІЛ/СНІД, лікування і життя з ВІЛ. Саме тому консультант повинен готуватися до кожної консультації, мати „банк інформації” про питання ВІЛ/СНІДу і суміжні проблеми.

Кожне консультування складається з кількох умовних **стадій**:

**1. Стадія встановлення стосунків** між консультантом і клієнтом. Під час цієї стадії консультант повинен проявити зацікавленість до того, що говорить клієнт, та готовність прийняти та зрозуміти його.

**2. Стадія прояснення ситуації** настає після встановлення довірливих стосунків. Основне завдання консультанта на цій стадії – використовуючи метод активного слухання і правильно сформульованих запитань, зрозуміти ситуацію, допомогти людині виразити свої почуття і сформулювати проблему.

**3. Стадія надання ресурсів** – це безпосередня робота з проблемою клієнта. Саме на цій стадії клієнт отримує знання, навички, які нададуть йому можливість позбутися проблеми або зменшити її вплив. Виокремлюють чотири основні методи надання ресурсів:

1) *надання підтримки*: особливо це важливо для ВІЛ-інфікованих людей, які відчують самотність, безвихідність. Вони часто залишаються наодинці зі своїми почуттями, тому співчуття, активне спілкування – добра підтримка для них;

2) *надання інформації*: люди з ВІЛ відчують дефіцит інформації відносно найболючіших питань, що не дає можливості їм самостійно приймати адекватні рішення і контролювати життя. Важливо, щоб консультант зміг відповісти на питання клієнта, надавши йому необхідну інформацію в доступній і зрозумілій формі;

3) *допомога у прийнятті рішення і плануванні*: консультант і клієнт спільно визначають альтернативні рішення, обговорюють їхні плюси та мінуси, складають реалістичний план та список конкретних практичних кроків для вирішення проблеми. Така взаємодія дає можливість клієнту відчути, що він може контролювати своє життя;

4) *переадресація*: за необхідності консультант може направити клієнта до іншого фахівця, або надати йому координати інших служб, де йому можуть допомогти. Наприклад, якщо консультант не володіє інформацією щодо особливостей харчування ВІЛ-позитивних вагітних жінок, він може обговорити з клієнткою можливість звернення до дієтолога.

**4. Стадія завершення консультування.** Це є важливим етапом у діалозі між консультантом та клієнтом. Він дозволяє консультанту отримати зворотній зв'язок, дізнатися, наскільки клієнт задоволений процесом і результатами спілкування, обговорити і узагальнити шляхи досягнення мети. Як правило, у ВІЛ-інфікованих клієнтів спостерігається безліч різноманітних проблем, які починають поступово розв'язуватися під час консультування. Саме тому для вирішення цих проблем консультанту необхідно буде спільно з клієнтом проходити усі попередні стадії консультування: прояснити ситуацію, надати підтримку, поінформувати, знайти і проаналізувати можливі шляхи вирішення.

Консультування ВІЛ-інфікованих людей повинно стати методом, який допомагає їм змінити життя, зробити його більш якісним і повноцінним. Сучасний консультант людей, що живуть з ВІЛ, – це людина, яка добре обізнана з медичними, соціальними і психологічними аспектами життя з ВІЛ, яка орієнтується в суміжних проблемах, володіє спеціальними техніками проведення

консультування, готова адекватно сприйняти клієнта з усіма його негараздами.

Важливу роль у здійсненні соціального супроводу ВІЛ-позитивних та їхніх сімей відіграє організація діяльності **груп взаємодопомоги**. Такі групи представляють собою колектив людей, які об'єдналися загальною життєвою проблемою або ситуацією. У даному випадку – це ВІЛ-інфекція.

Розвиток руху підтримки та взаємодопомоги ВІЛ-позитивних важливий як для самих людей, вражених інфекцією, так і для суспільства в цілому. Отримуючи допомогу і сучасні знання, люди з ВІЛ можуть більш активно підвищувати якість свого життя, впливати на вирішення своїх внутрішніх проблем, покращувати відносини з близькими та оточенням. Наша держава сьогодні ще не в змозі створити всебічну систему допомоги людям з ВІЛ/СНІДом, та групи взаємодопомоги беруть на себе частину функцій з надання такої допомоги. Самим своїм існуванням рух самодопомоги допомагає всім, хто займається боротьбою зі СНІДом, знайти мету життя і виявити методи боротьби з епідемією і тим самим дозволяє створювати більш ефективні програми з профілактики ВІЛ-інфікування.

Зіткнувшись із проблемою СНІДу, дізнавшись про наявність ВІЛ-інфекції у себе або в когось із близьких, людина починає шукати відповіді на питання: як зберегти здоров'я, уникнути розголошення таємниці діагнозу, як будувати відносини з оточуючими людьми. На деякі з цих питань можна отримати відповіді у лікаря, психолога, або з книг та Інтернету. Під час пошуку відповіді на своє головне питання – „Як жити з ВІЛ?” – люди стикаються з безліччю практичних повсякденних проблем: як сказати партнерові, батькам, чи варто йти до лікаря і приймати ті чи інші ліки. Для багатьох діагноз ВІЛ-інфекція – це привід замислитися про те, чого вони досягли в житті і до чого прагнуть, тому люди об'єднуються в групи, щоб спільно шукати відповіді на виникаючі питання.

Головна умова діяльності групи людей, яких особисто торкнулася епідемія СНІДу, – це конфіденційність. Впевненість у нерозголошенні тієї інформації, якою ділиться людина, створює довірливу атмосферу серед учасників групи. „Що почув і побачив на групі – нехай залишиться у групі” – це гасло часто вивішують на стіни кімнати, де проходять зустрічі груп взаємодопомоги.



Основа діяльності груп – особистий практичний досвід учасників. Він дозволяє побачити, що у більшості проблем є багато шляхів вирішення, і кожен учасник групи може обрати варіант, який підходить саме йому.

Існує кілька видів груп самопомоги. У кожного виду свої особливості і правила. У психотерапевтичних групах (групи підтримки) учасники під керівництвом фахівця позбавляються від конкретної психологічної проблеми і здобувають необхідні їм життєві навички. Групи взаємодопомоги не ставлять своєю метою привести всіх учасників до якогось спільного результату, а дають можливість кожному висловитися, поділитися своїм досвідом і знайти відповідь на питання, які їх цікавлять. Зазвичай групи взаємодопомоги мають не ведучого, а фасилітатора, функція якого – слідкувати за дотриманням правил групи, даючи можливість кожному учаснику бути почутим.

Групи бувають різні за складом учасників, цілями і завданнями, прийнятими правилами. Деякі з них відкриті для всіх і займаються в основному взаємною підтримкою і організацією дозвілля своїх учасників, інші мають постійний склад і вирішують завдання самопізнання і особистісного зростання, а треті, крім взаємодопомоги, організують служби підтримки для людей, яких торкнулася ВІЛ-інфекція, реалізують профілактичні програми серед уразливих груп або населення в цілому. Одні групи залишаються неформальними, зустрічаючись на дому або в приміщенні дружньої організації. Інші реєструються як громадські об'єднання і поступово стають СНІД-сервісними організаціями.

Групи взаємодопомоги об'єднують людей різних поглядів, переконань і поведінки. Важливо, щоб усі учасники групи приймали один одного такими, як вони є. Тобто, без осуду і упередженості, і пам'ятали, що на зустрічах групи всі рівні, незалежно від віку, соціального стану та інших факторів. Без цього довірливої розмови в різномірній за складом групі не вийде.

Групи взаємодопомоги можуть дати їх учасникам:

- емоційну та соціальну підтримку;
- можливість зустрічатися, обмінюватися думками і практичною інформацією з іншими людьми, які мають подібні проблеми;
- навички просвітницької роботи (публічних виступів), консультування;

- можливість створення та участі у комерційних проектах, таких як, наприклад, швацька майстерня, ферма по вирощуванню курей або кроликів тощо;
- взаємну допомогу у зміні поведінки або впевненості в собі, наприклад, при необхідності постояти за себе у випадку прояву дискримінації;
- основу для колективного захисту прав і проведення спільних кампаній.

Групи взаємодопомоги розрізняються за організаційною структурою. До деяких груп входять винятково люди, які інфіковані ВІЛ і які вирішують проблеми спільними зусиллями. Інші групи у своєму складі об'єднують осіб із найближчого оточення людей, що інфіковані ВІЛ. Є групи, у роботі яких беруть участь фахівці – лікарі, юристи, психологи, соціальні працівники.

Саме фахівці найчастіше роблять перший поштовх до утворення груп і допомагають їм функціонувати. Спеціалісти та ВІЛ-позитивні люди є партнерами, які утворюють групу. Управляють роботою групи самі ВІЛ-позитивні. Роль соціальних працівників і психологів полягає в тому, щоб на першому етапі функціонування групи допомогти організувати групу, спланувати її роботу, проаналізувати шляхи подальшої діяльності групи. На наступних етапах роботи групи, якщо це необхідно, фахівці можуть координувати діяльність групи, надавати допомогу при вирішенні деяких питань, консультувати членів групи, допомагати оцінити ефективність діяльності роботи тощо. Якщо група активно і результативно працює самостійно, роль фахівців поступово зменшується і стає консультативною, спостережливою.

Більшість груп взаємодопомоги підбирають для себе такі види діяльності, як:

- регулярні зустрічі для надання взаємної підтримки;
- телефонний зв'язок між членами групи;
- надання інформації;
- різні заходи: навчальні, оздоровчі та інші заняття для членів групи;
- надання допомоги тим, хто не може безпосередньо брати участь у роботі групи;
- боротьба за захист прав ВІЛ-інфікованих людей;
- запрошення для роботи у групі різних фахівців.

Основними **формами роботи**, що використовуються у діяльності груп взаємодопомоги, є: слухання, телефонна розмова, індивідуальна бесіда.

*Слухання.* Група взаємодопомоги існує саме для того, щоб її учасники могли підтримати один одного і у першу чергу вислухати. Слухати – означає почути те, що людина говорить, створивши таку атмосферу, у якій людина відчуває, що її дійсно поважають і бажають зрозуміти. Для такого слухання необхідно мати відповідні навички, приділити належний час для підготовки та іноді зробити над собою певне зусилля.

Кожна ситуація, в якій консультант або член групи слухає іншу людину, сама по собі унікальна. Заздалегідь ніколи не можна знати, що необхідно людям, коли вони звертаються за підтримкою, чого очікують, на що сподіваються. Однак досвід показує, що найчастіше причиною приєднання до груп взаємодопомоги є те, що люди:

- не задоволені тим, що лікарі або інші фахівці не знаходять часу для того, щоб уважно вислухати їх;
- мають потребу в додатковій інформації;
- хочуть довідатися про досвід людей, які вже були в такій ситуації, у якій вони опинилися самі;
- хочуть отримати відповіді на їхні запитання;
- шукають підтвердження, що вони дійсно перебувають у важкій ситуації і мають право почуватися нещасливими;
- мають потребу виказати свої почуття – страх, гнів, сум, розгубленість;
- хочуть почути, що вони чинять правильно.

Перш ніж починати розмову про проблеми і почуття іншої людини, слухач повинен усвідомити для себе наступні питання:

- скільки часу він може приділити бесіді;
- чи відчуває він невпевненість у собі через те, що не знає всіх відповідей;
- чи турбується він про іншу людину, чи відчуває свою відповідальність;
- чи готовий до того, що його не зрозуміють;
- чи готовий до нетерпіння чи нетактовності співрозмовника.

Кожного із „слухачів” чекає чимало труднощів. Необхідно витратити час на розмову. Розмова з людиною, що має психологічні проблеми, викликає стрес у слухача. Співрозмовник може проявляти неухважність, нетерпіння, нетактовність. Заздалегідь знати про

існування таких труднощів і вирішувати, як поводитися у такій ситуації, – важлива складова ефективного слухання.

Необхідно пам'ятати, що люди по-різному реагують на те, що відбувається навколо. На перший погляд може скластися враження, що у слухача і особи, яка звернулася по допомогу, повинне бути повне порозуміння через подібність життєвої ситуації. Однак це не так, не можна зрозуміти проблем інших людей, опираючись тільки на власний досвід. Те, що може здаватися одній людині непорозумінням, для іншої може представляти серйозну проблему. Якщо слухач не знає відповіді на поставлене питання, необхідно чесно сказати про це. Часто людям не так важливо, якою буде відповідь, набагато важливіше, наскільки вона щира.

*Телефонна розмова.* Однією з форм роботи з людьми, яких торкнулася проблема ВІЛ-інфекції, можуть стати бесіди по „Телефону Довіри”. У телефонній бесіді є одна перевага – повна анонімність. Для багатьох людей це єдиний прийнятний шлях звернутися по допомогу – подзвонити комусь, кого не знає і не може побачити. Тільки так людина здатна відчутти себе в безпеці і розповісти про свої почуття.

За згодою членів групи взаємодопомоги іноді публікують контактні номери телефонів, щоб допомогу і консультацію могли отримати всі, хто має в цьому необхідність. Крім того, учасники багатьох груп мають можливість дзвонити один одному в кризових ситуаціях.

*Індивідуальна бесіда.* Під час індивідуальної бесіди є певні специфічні особливості вміння слухати. Тут співрозмовники перебувають віч-на-віч. Анонімність телефонної розмови відсутня, відчувається певна незручність. Своїм ставленням слухач може допомогти тому, хто говорить відчутти себе комфортно, відкритися, виговоритися. Необхідно заохочувати співрозмовника говорити про свої відчуття. Не варто боятися пауз у бесіді, переривати мовчання клієнта.

Слухач повинен виказати свою зацікавленість, співчуття або заспокоїти співрозмовника не тільки словами, але й виразом обличчя, дотиком, позою. За наявністю можливості та за необхідністю під час індивідуальної бесіди варто також використовувати існуючу письмову інформацію.

Таким чином, учасники групи мають змогу ділитися своїми почуттями і накопиченим досвідом, що дає кожному з них унікальне

почуття співпереживання та взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати корисну практичну інформацію та обговорити способи подолання труднощів.

У цілому діяльність груп взаємодопомоги дає змогу ефективно вирішувати проблеми ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей, стає незамінною допомогою соціальному працівникові у процесі здійснення соціального супроводу.

Ефективність соціального супроводу залежить ще і від правильного менеджменту. *Менеджмент* дає змогу планувати стратегію і етапи соціального супроводу, корегувати його хід, координувати діяльність консультантів, фахівців, які здійснюють соціальний супровід тощо.

Успішний менеджмент повинен включати створення умов для роботи фахівців і їх професійну підтримку:

**1. Збір інформаційних матеріалів і створення бази даних.** У фахівців завжди повинна бути „під рукою” основна інформація з різних питань, наприклад, законодавчі акти, статистика з епідемії ВІЛ/СНІДу тощо. В менеджмент соціального супроводу повинні входити постійні ревізії, оновлення і доповнення даних, інформаційних джерел. Крім цього, вони повинні мати більш-менш повний список організацій, в які може звернутися клієнт.

**2. Залучення, підготовка і підтримка фахівців.** Оскільки соціальний супровід комплексний і багатогранний процес, основою його успіху є навички соціального працівника, його рівень знань, особистісні і професійні якості.

Для того, щоб соціальні працівники якісно здійснювали соціальний супровід, необхідна організація навчання фахівців. Це потрібно з точки зору мінливості епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДом, появи нових методів роботи з ВІЛ-інфікованими і нової інформації. Процес соціального супроводу обов'язково потребує моніторингу та оцінки з метою своєчасного корегування його етапів, подолання перешкод, вирішення проблем тощо.

Моніторинг повинен здійснюватися з самого початку процесу соціального супроводу – з першої зустрічі з клієнтом і винесення рішення щодо його взяття під соціальний супровід. Основні завдання моніторингу та оцінки:

- узгодження робочого плану соціального супроводу з його метою, потребами клієнта;

- корекція робочого плану згідно з реальною ситуацією, в якій опинився клієнт;
- аналіз та оптимізація співпраці фахівців різного профілю щодо вирішення проблем клієнта;
- аналіз та корекція форм та методів роботи з клієнтом відповідно до його фізичного та психологічного стану, основних потреб тощо.

Моніторинг та оцінка процесу соціального супроводу можуть здійснюватися:

- соціальним працівником, який безпосередньо займається соціальним супроводом. Основні методи, за допомогою яких соціальний працівник може здійснювати моніторинг та оцінку: спостереження, аналіз звітної документації (актів інспектування, плану соціального супроводу, щоквартальних звітів), бесіди з клієнтами та їх найближчим оточенням;

- директором центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Основні методи моніторингу та оцінки: супервізія, аналіз звітної документації (плану соціального супроводу, щоквартальних звітів, фінального звіту), контрольні візити до клієнтів, сімей, бесіди з клієнтами і соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід тощо.

Моніторинг та оцінка процесу соціального супроводу з боку директора центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді повинні включати основні кількісні та якісні показники:

- кількість проінспектованих сімей, клієнтів;
- кількість та основні характеристики клієнтів, сімей, взятих під соціальний супровід;
- якість робочого плану соціального супроводу;
- кількість та якість соціальних послуг, наданих клієнтам, сім'ям в межах соціального супроводу;
- кваліфікація соціального працівника, його відповідність професійній діяльності щодо здійснення соціального супроводу тощо.

До основних типів документації з соціального супроводу, за якими можна здійснювати його менеджмент, моніторинг та оцінку, відносяться:

- форма направлення клієнта до соціальної служби;
- форма акту первинного обстеження клієнта;
- форма акту для комплексного обстеження клієнта;

- форма типової угоди співпраці з клієнтом;
- форма перегляду плану-угоди;
- форма плану індивідуального супроводу клієнта;
- робочий щоденник (перелік контактної інформації);
- форма обліку матеріальної підтримки тощо.

Слід також зазначити, що соціальний працівник, який здійснює соціальний супровід сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, повинен бути компетентним та мати:

**1. Професійні знання** – необхідні відомості про зміст та особливості професійної діяльності. Вони складають основу професійної компетентності і технології досягнення бажаних результатів праці. Професійні знання охоплюють інформацію про об'єкти професійної діяльності, її цілі та завдання, техніки і технології реалізації функціональних обов'язків тощо. Спеціаліст, який здійснює соціальний супровід ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей, повинен володіти наступними професійними знаннями:

- нормативно-правова база соціальної роботи у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, захисту від дискримінації у зв'язку з проблемою ВІЛ/СНІДу, прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- особливості ВІЛ/СНІДу, шляхи передачі, засоби запобігання інфікування, методи лікування;
- соціально-психологічні, педагогічні особливості сімей, вікові особливості дітей;
- методи психодіагностики, психологічної підтримки сімей та дітей.

**2. Професійні навички** – сформовані конкретні дії, прийоми і „техніки”, що застосовуються соціальним працівником для виконання своїх професійних обов'язків і конкретних посадових функцій. Спеціалісту, що здійснює соціальний супровід сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, необхідні такі професійні навички, як:

- оформлення документів;
- психодіагностика, психолого-педагогічне консультування та психологічна підтримка;
- юридичне консультування.

**3. Професійні вміння** – поєднання професійних знань та навичок у цілісну, стійку технологію ефективної, продуктивної професійної діяльності. Професійні вміння дають можливість розширювати сфери професійної діяльності, її напрямки, набувати

нових, більш високого порядку, знань, навичок та вмінь. До професійних вмінь, необхідних для здійснення соціального супроводу ВІЛ-позитивних та їхніх сімей, слід віднести:

- планування та організацію діяльності щодо супроводу сімей з ВІЛ-інфікованими членами;
- координацію діяльності з різними установами та фахівцями;
- пошук спонсорів;
- ведення переговорів, переконання, представлення інтересів сімей та дітей.

**4. Психологічні якості (індивідуальні особливості)** – відображають сформованість усіх компонентів психіки професіонала – психічних процесів, властивостей, станів, які дають можливість якісно і ефективно виконувати професійну діяльність. Вони детермінуються природними особливостями людини, а також характером праці і специфікою об'єкта. Ці якості охоплюють особливості професійного мислення і усвідомлення, рефлексії і самооцінки, цілепокладання і мотиваційну сферу, взаємозв'язки, ставлення і практичні дії. До таких якостей належать:

- комунікативні та організаторські якості;
- рівень психологічної саморегуляції і керування функціональними станами;
- емпатія з клієнтами соціального супроводу;
- відповідальність;
- толерантність.

**5. Професійна кваліфікація** відображає рівень професійної підготовленості до відповідного виду праці, включає в себе:

- повну вищу освіту (бакалавр, спеціаліст, магістр) за одним з напрямів підготовки: „Соціальна робота”, „Практична психологія”, „Психологія”, „Педагогіка”, „Соціальна педагогіка”, „Медицина”;
- стаж роботи за спеціальністю або у сфері соціальної роботи не менше 2–3 років.

Таким чином, для того, щоб здійснювати відбір соціальних працівників для соціально-психологічного супроводу сімей, в яких є ВІЛ-позитивні члени, необхідно оцінити усі ці складові.

Щоб наповнити кожну з наведених вище складових конкретним змістом необхідно описати систему функцій та



обов'язків соціального працівника щодо соціально-психологічного супроводу.

**Функції та обов'язки** соціального працівника, який здійснює соціально-психологічний супровід сімей з ВІЛ-інфікованими членами:

1. Проводити комплексне обстеження умов життєдіяльності і основних потреб сімей, де є ВІЛ-інфіковані члени.
2. Розробити і виконувати план і графік соціально-психологічного супроводу сімей.
3. Контролювати умови виховання та проживання сімей з ВІЛ-інфікованими членами.
4. Забезпечити дотримання соціальних стандартів і нормативів умов життєдіяльності, морального, психологічного та фізичного стану членів сім'ї.
5. Сприяти вирішенню проблем для задоволення потреб сімей.
6. Планувати та організовувати діяльність щодо консультування і надання соціальних послуг, психолого-педагогічної, правової, інформаційної та інших видів соціальної допомоги.
7. Надавати психологічні послуги сім'ям:
  - консультування батьків та дітей з соціально-психологічних проблем;
  - психодіагностика батьків та дітей;
  - психологічна адаптація ВІЛ-інфікованих;
  - надання методичних порад батькам.
8. Надавати соціально-педагогічні послуги:
  - консультування батьків та дітей з проблем реалізації прав ВІЛ-інфікованих, з розв'язання педагогічних і психологічних проблем у сім'ї та оточуючому середовищі, з питань виховання та розвитку дітей;
  - просвітницька робота щодо здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я;
  - організація соціальної адаптації батьків та дітей до суспільних інститутів.
9. Надавати соціально-медичні послуги:
  - інформування батьків та дітей про АРВ-терапію, альтернативну медицину, штучне годування, особливості харчування тощо;

- інформування батьків про можливості медичного обстеження та лікування;
  - сприяння в організації медичного обстеження, госпіталізації і лікування в медичних закладах.
10. Надавати соціально-економічні послуги сім'ям: сприяння та пошук спонсорів для надання гуманітарної допомоги сім'ям і дітям.
11. Надавати юридичну допомогу сім'ям:
- консультування батьків та дітей з юридичних питань;
  - захист прав та інтересів людей з ВІЛ-інфекцією;
  - оформлення відповідних документів та звернення з ними до відповідних органів з метою вирішення проблем сімей.
12. Надавати інформаційну допомогу сім'ям:
- інформування батьків та дітей щодо специфіки роботи, адрес та графіків роботи закладів соціального спрямування, освіти, охорони здоров'я, центрів зайнятості, органів виконавчої влади та місцевого самоврядування;
  - консультування батьків та дітей щодо допомоги та послуг, які можна отримати в цих установах.
13. Контролювати дотримання прав ВІЛ-інфікованих в різних закладах. При виявленні порушень прав людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, складати акт, надавати його у відповідні установи та сприяти вирішенню проблеми.
14. Координувати діяльність з різними установами і фахівцями, виступати посередником і вести переговори, представляти інтереси сімей у відповідних органах.
15. Отримувати інформацію і збирати необхідні дані для підготовки звіту.
- Відбір соціальних працівників для роботи з сім'ями ВІЛ-інфікованих передбачає застосування чотирьох основних методів оцінки претендентів:
1. Аналіз резюме претендентів дає можливість на першому етапі „відсіяти” тих претендентів, які не підходять для даної діяльності.
  2. Анкетування за спеціально розробленою анкетною дозволяє оцінити претендента за допомогою критеріїв, використовуючи бали.
  3. Співбесіда з претендентом з використанням стандартизованого запитальника дає можливість зробити

якісну і кількісну оцінку претендента, уточнити дані, представлені претендентом у тестових завданнях.

4. Групова оцінка претендента – оцінки усіх членів комісії сумуються та підраховується середній бал для кожного претендента.

Для найбільш ефективного та швидкого відбору соціальних працівників, які будуть здійснювати соціальний супровід сімей, де є ВІЛ-інфіковані члени, доцільно використовувати наступну схему:

***Підготовчий етап***

1. Ознайомитися з критеріями і методами відбору соціальних працівників.

2. Підібрати та проінструктувати членів комісії по відбору. До комісії краще залучати не більше 3-х осіб. Крім керівника центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, членами комісії по відбору можуть бути: керівники підрозділів ЦСССДМ, штатний психолог, соціальний працівник.

3. Організувати запрошення претендентів.

4. Ознайомити претендентів з критеріями і процедурою відбору.

5. Попередити претендентів про необхідність написання резюме і його передачу членам комісії по відбору перед початком цього процесу.

6. Підготувати приміщення, де буде проходити відбір. Його краще здійснювати у кімнаті, де немає зайвих відволікаючих факторів. У приміщенні повинні бути зручні столи та стільці для розташування комісії з відбору претендентів на посаду соціального працівника. Крім цього необхідно організувати місце, де претенденти можуть заповнити анкети.

7. Підготувати у достатній кількості авторучки, анкети для претендентів, форми оцінювання претендентів, бланки з критеріями оцінки для членів комісії.

***Етап відбору***

1. Претенденти заздалегідь подають своє резюме членам комісії по відбору.

2. Члени комісії ознайомлюються з резюме претендентів і „відсіюють” тих, хто не підходить за формальними ознаками.

3. Запрошуються претенденти, які пройшли оцінку за результатами резюме.

4. Претенденти заповнюють анкету. Це можна зробити двома способами:

- заздалегідь роздати претендентам анкети для заповнення;
- перед початком співбесіди дати час претендентам на заповнення анкети.

5. Претенденти проходять співбесіду з членами комісії по відборі.

6. Члени комісії оцінюють результати виконання тестових завдань та співбесіди з кожним претендентом за допомогою форми оцінювання претендентів і бланків з критеріями оцінки.

7. Оцінки членів комісії аналізуються, обговорюються і приймається рішення щодо відповідності претендента посаді.

#### ***Заключний етап***

1. Формується список претендентів, які найбільше відповідають критеріям відбору.

2. Формується список „резерву”, тобто тих претендентів, які не повною мірою відповідають критеріям відбору, але мають достатній професійний потенціал. Такі претенденти за допомогою спеціального навчання можуть згодом поповнити список тих, хто повною мірою відповідає критеріям відбору.

3. Претендентам повідомляють про рішення комісії по відборі.

Таким чином, наведена вище схема відбору соціальних працівників, що будуть здійснювати соціальний супровід ВІЛ-інфікованих людей та їхніх сімей, дає змогу обрати для цієї роботи висококваліфікованих, освічених та досвідчених фахівців. Отже, ефективність їхньої діяльності повинна бути достатньо високою.

***Ключові поняття:*** ВІЛ (вірус імунодефіциту людини), СНІД (синдром набутого імунного дефіциту), соціальний супровід, консультування, групи взаємодопомоги.

#### ***Питання та завдання:***

1. Назвати основні складові соціального супроводу ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей.
2. Проаналізувати етапи здійснення соціального супроводу людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

3. Які методи, на вашу думку, найбільш доцільно використовувати у процесі здійснення соціального супроводу ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей?
4. Визначити особливості здійснення консультування ВІЛ-позитивних людей.
5. У чому полягає сутність діяльності груп взаємодопомоги людей, що живуть з ВІЛ? Яку роль у їхній діяльності відіграє соціальний працівник?
6. Яким вимогам повинен відповідати спеціаліст, що здійснює соціальний супровід ВІЛ-позитивних людей та їхніх сімей?

**Практичне завдання.** Надати творчий портрет соціального працівника, соціального педагога, який здійснює соціальний супровід ВІЛ-позитивної людини.

### **2.3. Моделі профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції**

*Профілактика* – це науково обгрунтований і вчасно застосований вплив на соціальний об'єкт з метою збереження його функціонального стану та попередження негативних процесів у його життєдіяльності. Профілактика представляє собою активний процес створення умов для підвищення якості життя, формування особистих якостей людини, які сприяють її благополуччю.

Цей процес сприяє:

- забезпеченню безпечного і підтримуючого середовища;
- доступу до інформації;
- допомозі в набутті життєвих навичок.

Профілактика розповсюдження ВІЛ-інфекції повинна бути спрямована як на соціальне середовище, в якому ця проблема виникає, так і на особистість, яка від цієї проблеми страждає.

Статистичні дані вказують, що більше, ніж третя частина усіх ВІЛ-інфікованих у світі, – це молоді люди віком від 15 до 24 років. Тому цільова група, на яку слід спрямовувати профілактичні заходи, повинна включати в першу чергу молодих людей.

У суспільстві існує думка, що передчасна та надмірна поінформованість молоді з питань сексуальних стосунків, наркоманії, венеричних захворювань та СНІДу лише провокує,

„підігриває” інтерес до теми. Та оскільки багато молодих людей починають статеве життя дуже рано, то інформація про відповідальні статеві стосунки та безпечну поведінку для старшокласників та студентів не є передчасною. Адже чим більше молода людина знатиме про ВІЛ/СНІД, тим менша ймовірність, що вона заразиться ВІЛ-інфекцією. Отже, доцільним та необхідним є проведення профілактичних заходів щодо попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції саме серед молоді.

Традиційна **профілактика інфекційних захворювань** передбачає комплекс заходів, спрямованих:

*1. На джерело інфекції:* виявити інфіковану людину – ізолювати – вилікувати – та виписати із стаціонару здоровою та вільною від збудника. Проте, для ВІЛ-інфекції виявлення інфікованої особи та її ізоляція не мають запобіжного значення, перш за все тому, що сьогодні ще не існує ліків, здатних знищити ВІЛ, який міститься в організмі людини – можливо лише гальмування його розмноження та зменшення внаслідок цього кількості вірусів в крові та виділеннях (тому профілактичне лікування вагітних нині використовується для зниження ризику інфікування дитини від матері). Крім того, прихованої інфекції завжди набагато більше, ніж виявленої, а негативної діагностики не існує (тобто сьогодні медики можуть сказати, що людина є інфікованою, але в жодному випадку не можуть бути впевненими, що вона від ВІЛ вільна). Останнє унеможливує виявлення усіх інфікованих, і тому ізоляція не має сенсу.

*2. На сприйнятливі контингенти населення* – підвищення їх опірності (імунітету) до збудників (звичайно це вакцинація, введення специфічних антитіл, профілактичне лікування тощо). З огляду на те, що вакцини, здатної запобігти зараженню людини ВІЛ, ще не створено, а антитіла не мають захисної сили, цей напрямок традиційної профілактики інфекційних хвороб для ВІЛ-інфекції виявляється непридатним. З огляду на те, що профілактичне лікування має бути проведеним негайно (в перші часи та дні) після зараження, його застосовують лише у медичних працівників (коли мало місце травмування на робочому місці і потрапляння інфікованого матеріалу на пошкоджену шкіру або на слизові оболонки ока, рота) та у дітей при народженні їх від ВІЛ-позитивних матерів.

*3. На шляхи та фактори передачі* – виключення ризикованих ситуацій (або зменшення їх частоти) та знешкодження збудника в

тому біологічному матеріалі, з яким він звичайно передається. Дезінфекція медичного обладнання та інструментарію, крові та виділень пацієнтів, санітарна обробка робочих поверхонь у лабораторіях, користування засобами індивідуального захисту (гумовими рукавички, захисними окулярами, масками) і одноразовими інструментами запобігають інфікуванню в медичних закладах. Безпечний секс та застосування презервативів перешкоджає зараженню ВІЛ статевим шляхом. А безкровний кесарів розтин, заміна грудного молока інфікованої матері донорським або штучне вигодовування немовлят знижують ризик вертикальної передачі збудника.

Отже, традиційна профілактика інфекційних хвороб для попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції виявляється малоприсадною. ВІЛ, потрапивши в організм людини, залишається в ньому довічно. І до кінця свого життя заражена особа залишається джерелом інфекції для інших.

Таким чином, нині за умов відсутності вакцини та ефективних ліків єдиною доступною усім зброєю проти інфікування ВІЛ може виступати безпечна поведінка. Отже, основна мета профілактичної діяльності щодо попередження розповсюдження ВІЛ/СНІДу – це зміна поведінки з ризикованої щодо ВІЛ-інфікування на більш безпечну. Саме тому під час проведення профілактичних заходів слід враховувати три основних аспекти:

- 1) достовірне, адекватне інформування молоді стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу;
- 2) створення мотивації до збереження здоров'я та безпечної поведінки;
- 3) формування поведінкових навичок.

Саме на це спрямована діяльність державних та громадських організацій, які реалізують численні профілактичні проекти, саме на це витрачаються і державні кошти, і кошти міжнародних донорів. Найважливіші дії в області політики для профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції включають:

1. Забезпечення пропаганди, захисту і поваги прав людини та вжиття заходів для ліквідації дискримінації і боротьби зі стигматизацією.

2. Розвиток і підтримка керівництва у всіх секторах суспільства, включаючи органи управління, неурядові організації,

релігійні організації, освітній сектор, засоби масової інформації, приватний сектор і профспілки.

3. Залучення людей, що живуть з ВІЛ, до процесу розробки, реалізації та оцінки стратегій профілактики, спрямованих на задоволення очевидних потреб у профілактиці.

4. Врахування культурних норм і уявлень, визнаючи ключову роль, яку вони можуть відігравати у підтримці зусиль з профілактики, і їх потенційний вплив для розповсюдження ВІЛ.

5. Сприяння гендерній рівності та врахування гендерних норм і відносин для зниження вразливості жінок і дівчат, залучаючи до цих зусиль чоловіків і хлопців.

6. Поширення знань та інформованості про те, як передається ВІЛ і як можна запобігти інфікуванню.

7. Розвиток взаємозв'язків між профілактикою ВІЛ та захистом статевого та репродуктивного здоров'я.

8. Підтримка процесу мобілізації відповідних заходів, здійснюваних через громади, в рамках усіх зусиль з профілактики, догляду та лікування.

9. Сприяння реалізації програм, спрямованих на задоволення потреб у профілактиці ВІЛ постраждалих груп і верств населення.

10. Мобілізація і нарощування фінансового, кадрового та інституційного потенціалу у всіх секторах, особливо в секторі охорони здоров'я та освіти.

11. Аналіз та реформування правових рамок для усунення бар'єрів на шляху здійснення ефективних і заснованих на доказах заходів щодо профілактики ВІЛ, боротьба зі стигматизацією та дискримінацією та захист прав людей, що живуть з ВІЛ, вразливих до ВІЛ або яким загрожує ризик зараження ВІЛ.

12. Забезпечення достатніх інвестицій у дослідження, розробку та пропаганду нових технологій профілактики.

Історично склалися кілька стратегій і моделей профілактики негативних явищ, які можна використовувати і у профілактиці розповсюдження ВІЛ-інфекції. **Стратегії профілактики** — це загальні підходи до визначення основних цілей профілактики певної проблеми і шляхів їх досягнення. Стосовно профілактики ВІЛ/СНІДу можна виділити такі стратегії:

**1. Стратегія боротьби** (усунення негативного явища, проблеми, їх ризиків та наслідків). Проблема чи явище визнаються



однозначно негативними і неприпустимими; профілактика спрямована на їх недопущення.

**2. Стратегія нормалізації** (обмеження ризику, негативного впливу проблеми чи явища). Негативне явище, проблема визнаються небажаними, але припустимими (принаймні частково, за певних обставин); профілактика спрямовується на недопущення (обмеження) їх негативних наслідків.

Моделі профілактики на основі певних наукових чи побутових уявлень щодо природи проблеми (негативного явища) визначають мету, зміст і методи її профілактики.

У межах **стратегії боротьби** можна виділити такі моделі профілактики негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі:

**1. Модель стримування (репресивна модель).** Вона базується на уявленні про схильність дітей, підлітків та молоді до всього поганого.

Профілактика зводиться до заборони певних дій і видів поведінки дітей та молоді, обмеження їх особистої свободи (заборона відвідувати певні місця, займатися „шкідливою” діяльністю, читати певні книги чи дивитися телепрограми тощо). Основні методи – вимоги, розпорядження, вказівки, контроль і покарання. Ефективність стримування обмежена: неможливо досягнути повного контролю. Починаючи з підліткового віку, заборони можуть спровокувати певну частину дітей на їх порушення.

**2. Модель залякування.** Як і попередня, базується на уявленні про схильність дітей та молодих людей до негативної, ризикованої поведінки, яка надає особливе задоволення. Зупинити їх прагнуть, викликавши страх перед прямими і непрямими негативними наслідками ризикованих дій (можливістю захворіти, опинитись у стані соціальної ізоляції, страждати фізично і морально, навіть втратити життя). Інформація про наслідки подається в емоційно-забарвленому вигляді, небезпека перебільшується. Робота проводиться у формі лекцій, бесід, кіно- і відеолекторіїв, демонстрації документальних і художніх фільмів, соціальної реклами. Модель ефективна при роботі з дітьми молодшого шкільного віку. Підлітки і молодь, особливо ті, хто вже має досвід негативної поведінки, таку інформацію часто сприймають як тенденційну і не довіряють їй. До того ж в емоційно чутливих осіб залякування може викликати невротичний розлад.

**3. Модель ствердження моральних принципів.** Причини негативних явищ прибічники цієї моделі вбачають у розбещеності певної частини молодих людей, їхньої орієнтації на негативні цінності.

Профілактика за цією моделлю будується на спробі переконати молодь в аморальності, гріховності певних видів поведінки (статевого життя поза шлюбом, вживання алкоголю чи наркотиків, насильства тощо) та повернути їх на інші, альтернативні цінності (релігійні, ідеологічні). При цьому використовуються прийоми наведення прикладів, переконання, навіювання, груповий психологічний вплив. Профілактика проводиться у формі масових акцій, зборів, кампаній у ЗМІ (серії статей, теле- і радіопрограми). Модель ефективна стосовно молодих людей, орієнтованих на цінності добра, а також тих, хто легко піддається навіюванню. Але у надмірно чутливих може спровокувати внутрішньоособистісні конфлікти, невротичні розлади.

**4. Модель поширення фактичних знань.** Побудована на уявленні про те, що поширенню негативних явищ сприяє відсутність у підлітків і молоді повної адекватної інформації.

Профілактична робота полягає в наданні підліткам і молодим людям об'єктивної, коректної, емоційно нейтральної інформації щодо ризикованої поведінки для забезпечення можливості вільного, свідомого вибору свого способу життя. Профілактика проводиться за допомогою лекцій, бесід, дискусій, ігор, конкурсів, розповсюдження друкованих матеріалів (буклети, брошури), розміщення матеріалів у ЗМІ, навчання на рівних. Модель ефективна при роботі з молоддю і підлітками, проте в останніх може провокувати інтерес до негативних явищ і бажання до експериментування.

**5. Модель навчання позитивній поведінці („афективного” навчання).** Основні причини поширення негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі вбачаються у невмінні молоді людини задовольняти потреби без шкоди здоров'ю, протидіяти обставинам, зовнішньому тиску, вирішувати особистісні проблеми.

Профілактична робота спрямована на розвиток у людини вмінь задовольняти свої потреби і вирішувати проблеми за будь-яких обставин позитивним чином. Профілактика проводиться за допомогою ігор, тренінгів, індивідуальних і групових консультацій,

психотерапії, розповсюдження профілактичної літератури, створення теле- і радіопрограм, навчання на рівних.

**6. Модель формування здорового способу життя.** Причина поширеності негативних явищ – несформованість у молодих людей цінності власного здоров'я, орієнтація на задоволення інших потреб (самоствердження, трудова діяльність, особисті стосунки) за рахунок фізичного і психічного здоров'я.

Профілактична робота за цією моделлю спрямована на формування у дітей і молоді цінностей повноцінного життя і здоров'я, розвиток вмінь і навичок, на створення умов для ведення здорового способу життя. Основними методами профілактики виступають соціальна реклама, тренінги, робота спортивних, туристичних клубів та секцій, творчих гуртків.

**7. Радикальна модель (модель соціального впливу).** Побудована на уявленні про те, що саме суспільство провокує і посилює негативні явища у молодіжному середовищі. Основними засобами протидії негативним явищам виступають заборона чи обмеження шкідливої реклами, демонстрації викривлених сексуальних стосунків та насильства в ЗМІ, впровадження законодавства, яке захищало б права громадян на ведення здорового способу життя тощо. При цьому використовуються лобювання, масові акції, кампанії у ЗМІ, соціальна реклама.

До **стратегії нормалізації** можна віднести такі моделі:

*1. Модель контрольованого впливу.* Вона виходить з уявлення про те, що є певні межі, залишаючись в яких будь-яка поведінка людини не призведе до шкідливих наслідків. Отже, необхідно визначити норми припустимої поведінки (наприклад, кількості випитого спиртного чи вжитого наркотику, що в меншій мірі зашкодить здоров'ю), пропагувати їх, навчити людей контролювати себе.

Профілактика передбачає лібералізацію законодавства та інформування населення щодо безпечних норм, навчання самоконтролю. Проте далеко не всі негативні явища можна допустити навіть в обмеженому вигляді, тим більше у середовищі дітей.

*2. Модель зменшення шкоди.* У межах цієї моделі негативне явище (вживання наркотиків, небезпечна сексуальна поведінка) сприймається як неминуче, принаймні для певної кількості молодих людей.

Метою профілактики виступає зниження ризику негативних наслідків від небезпечного способу життя як для самих молодих людей, яким він властивий, так і для оточуючих, без спроби змінити сам спосіб життя. Основними засобами зменшення шкоди є навчання більш безпечній поведінці, забезпечення запобіжними засобами (наприклад, презервативами, одноразовими шприцями), психологічна допомога і підтримка. Робота проводиться за допомогою інформування, консультування, навчання на рівних, створення груп самопомоги. Модель зменшення шкоди ефективна лише для профілактики у середовищі осіб, які вже ведуть стійкий небезпечний спосіб життя.

Отже, переважна більшість стратегій і моделей ефективні для роботи з окремими категоріями дітей та молоді і для вирішення окремих завдань профілактики. Вони доповнюють одна одну, і тому можливе використання їх елементів у межах комплексної профілактичної програми.

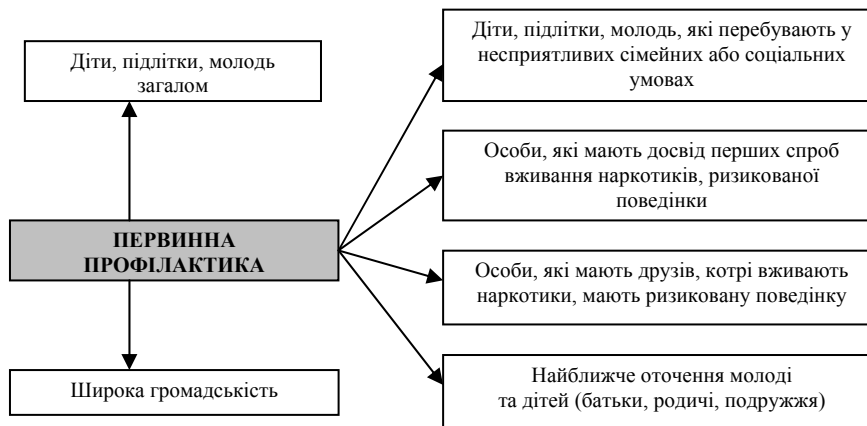
Обираючи ту чи іншу модель профілактичної роботи, слід враховувати, що існують три типи профілактики:

- *первинна* – діяльність, спрямована на попередження виникнення проблеми;
- *вторинна* – діяльність, спрямована на попередження загострення проблеми та її наслідків серед осіб, які відчули на собі її вплив;
- *третинна* – робота, яка проводиться з особами, які постраждали від проблеми, і спрямована на попередження її рецидивів.

Розглянемо більш докладно кожний з них.

***Первинна профілактика*** – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що попереджають інфікування на ВІЛ. Вона спрямована на здорову молодь – тих, хто ще не почав вживати психоактивні речовини, не мав інфекцій, які передаються статевим шляхом, небезпечної сексуальної поведінки тощо. Мета первинної профілактики – це зміна ціннісного ставлення до ВІЛ-інфекції, а також формування відповідальності за свою поведінку.

Цільові групи первинної профілактики представлені на *рис. 1*.



*Рис. 1. Цільові групи первинної профілактики*

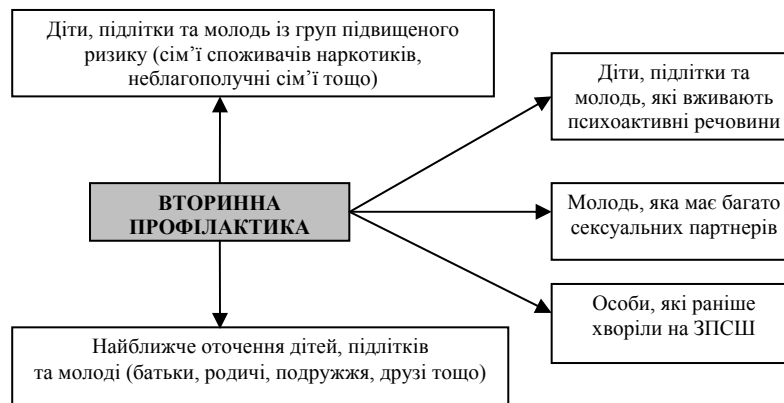
Основні завдання первинної профілактики включають:

- попередження немедичного вживання наркотичних речовин та ризикованих статевих зв'язків;
- інформування дітей, молоді та різних категорій сімей про ВІЛ/СНІД, наслідки вживання наркотичних речовини;
- формування та розвиток навичок безпечної поведінки серед дітей та молоді для запобігання ВІЛ/СНІДу;
- створення умов для закріплення навичок безпечної поведінки через забезпечення доступу до презервативів;
- забезпечення доступу до тестування на ВІЛ-інфекцію;
- створення системи надання адресних профілактичних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- забезпечення доступу дітей, молоді та їхніх батьків до адресних профілактичних соціальних послуг;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання наркотичної залежності та ВІЛ/СНІДу.

**Вторинна профілактика** – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що попереджують формування захворювання і ускладнень, пов'язаних із небезпечною сексуальною поведінкою, вживанням наркотиків серед тих, хто вживає їх періодично, епізодично і ще не має ознак захворювання. Мета вторинної профілактики – максимально скоротити негативний вплив ризикованої поведінки на людину, обмежити ступінь шкоди

безпосередньо для неї та її найближчого оточення, зберегти рівень психічного та соціального благополуччя людини, попередити інфікування.

Цільові групи вторинної профілактики показані на *рис. 2*.



*Рис. 2.* Цільові групи вторинної профілактики

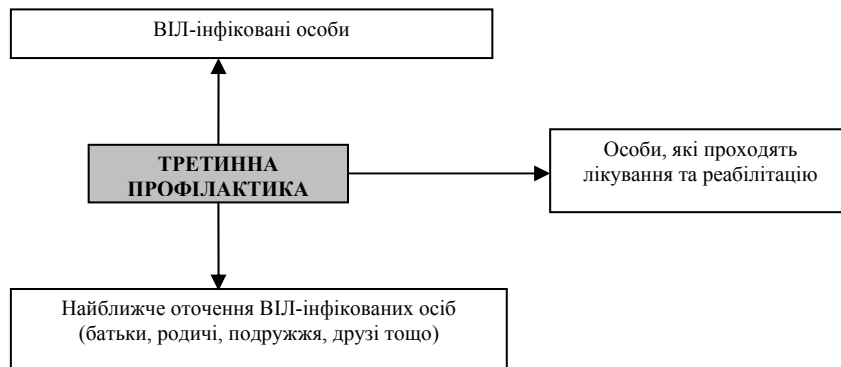
Основними завданнями вторинної профілактики є:

- раннє виявлення дітей та молоді, які вживають наркотичні речовини, але ще не мають залежності, мотивація їх до зміни поведінки;
- забезпечення комплексу заходів з інформування та навчання цього контингенту та його оточення;
- зниження ризику інфікування ВІЛ шляхом усунення поведінкових факторів ризику;
- мотивація молоді з ризикованою поведінкою до зміни поведінки на позитивну;
- формування та розвиток навичок безпечної поведінки для запобігання ВІЛ/СНІДу;
- сприяння доступу до тестування, діагностики, лікування ВІЛ/СНІДу;
- створення системи зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин;
- забезпечення доступу до програм зменшення шкоди від уживання наркотичних речовин;

- створення системи надання комплексних адресних послуг молодим особам та їхнім батькам;
- забезпечення доступу до комплексного обстеження і надання кваліфікованої психологічної, медичної, педагогічної та соціальної допомоги, а також комплексних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

**Третинна профілактика** – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що спрямовані на попередження зривів та рецидивів захворювання, сприяння відновленню особистісного та соціального статусу людини, яка живе з ВІЛ/СНІДом, їх повернення у сім'ю, навчальний заклад, трудовий колектив тощо.

Цільові групи третинної профілактики зазначені на *рис. 3*.



*Рис. 3.* Цільові групи третинної профілактики

До основних завдань третинної профілактики належать:

- лікування та адаптація осіб, які живуть з ВІЛ;
- профілактика рецидивів;
- формування навичок поведінки, спрямованої на вирішення проблем та соціально схвалюваної поведінки;
- формування та розвиток навичок безпечної поведінки для запобігання СНІДу;
- реабілітація та ресоціалізація;
- формування соціально підтримуючого середовища,

- забезпечення доступу до програм зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин;
- забезпечення доступу до програм замісної терапії;
- створення системи надання комплексних, адресних послуг молодим особам та їхнім батькам;
- забезпечення доступу до комплексного обстеження і надання кваліфікованої психологічної, медичної, педагогічної та соціальної допомоги, а також комплексних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

Усі типи профілактики здійснюються на трьох рівнях: особистісному, сімейному та соціальному.

*Особистісний рівень профілактики* здійснюється через фокусування впливу на формуванні тих якостей особистості, які сприяють відповідальному ставленню до власної поведінки та здоров'я, підвищенню рівня здоров'я, самооцінки, впевненості у собі тощо.

*Сімейний рівень профілактики* передбачає вплив на найближче оточення, сім'ю з метою посилення та зміцнення впливу на особистість.

*Соціальний рівень профілактики* сприяє зміні суспільних норм щодо ставлення до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.

Взаємозв'язок рівнів профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції показаний на *рис. 4*.



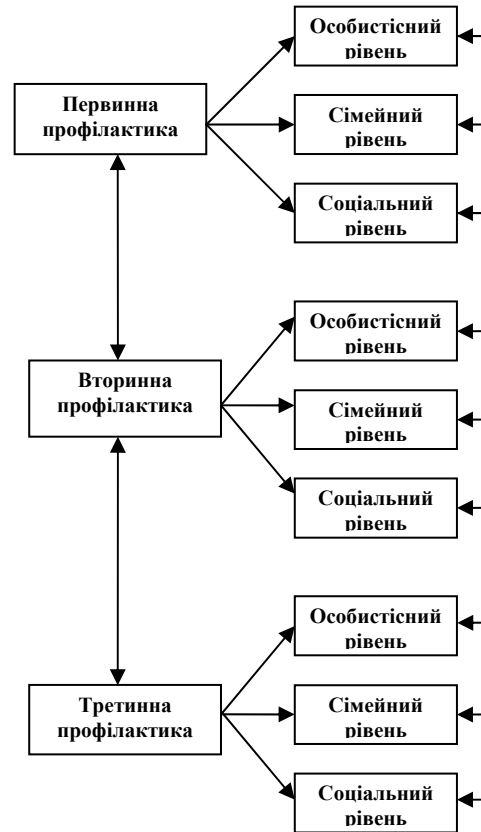


Рис. 4. Взаємозв'язок рівнів профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції

Основними напрямками первинної профілактики є:

1. Формування у дітей, підлітків, молоді та їх найближчого оточення негативного ставлення до наркотизації, небезпечної сексуальної поведінки через організацію навчання представників оточення, груп взаємопідтримки для „проблемних” сімей.

2. Попередження внутрішньосімейного залучення дітей, підлітків та молоді до наркотизації, алкоголізації, випадків насильства та жорстокого поводження, емоційного відторгнення за

допомогою інспектування, патронажу, сімейного консультування, супроводу, залучення до груп взаємопідтримки тощо.

3. Надання допомоги сім'ї в конфліктних ситуаціях (член родини йде з дому, вдома часті сварки між членами родини тощо) через консультування з питань сімейного примирення, допомога сім'ї в установленні контактів зі спеціалістами, групами взаємодопомоги, психологічна та педагогічна корекція, навчання навичкам спілкування та підтримки тощо.

4. Навчання та виховання дітей, підлітків та молоді за допомогою навчальних та просвітницьких програм формування здорового способу життя (спеціальні тренінги, кінолекторії, тематичні акції, дискусії, рольові ігри, спектаклі тощо).

5. Формування у дітей, підлітків та молоді навичок безпечної поведінки, відповідального ставлення до свого здоров'я через спеціальні тренінги.

6. Відбір, формування та навчання волонтерських груп із числа дітей, підлітків та молоді з лідерськими якостями для профілактичної роботи серед ровесників за принципом „рівний – рівному”.

7. Організація взаємодії між усіма суб'єктами профілактики (соціальні служби, служби у справах неповнолітніх, кримінальна міліція, медичні заклади, правоохоронні органи, заклади освіти, групи батьків, громадські організації тощо) для забезпечення доступу дітей, підлітків, молоді та їх найближчого оточення до комплексних соціальних послуг, діагностики, лікування наркозалежності, ВІЛ/СНІДу.

8. Організація, проведення моніторингу й оцінки поширення вживання психоактивних речовин, ВІЛ-інфекції та СНІДу, заходів протидії цим явищам тощо.

Основні *напрямки вторинної профілактики* включають:

1. Надання допомоги сім'ї в конфліктних ситуаціях (член родини почав вживати наркотики, йде із дому, пройшов антинаркотичне лікування, перебуває на лікуванні чи реабілітації тощо) через консультування з питань сімейного примирення, допомога сім'ї в налагодженні контактів зі спеціалістами, групами взаємодопомоги, психологічна та педагогічна корекція, навчання навичкам спілкування та підтримки особи, яка вживає наркотики, хворіє на ВІЛ/СНІД.

2. Залучення осіб, які вживають наркотики, є ВІЛ-інфікованими чи хворіють на СНІД, до груп взаємопідтримки.

3. Залучення представників найближчого оточення осіб, які вживають наркотики, є ВІЛ-інфікованими чи хворіють на СНІД, до груп взаємопідтримки та взаємодопомоги.

4. Забезпечення доступу до комплексних соціальних та медичних послуг.

5. Зниження ризику інфікування ВІЛ за допомогою впровадження програм „зменшення шкоди”.

6. Зниження ризику інфікування ВІЛ, а також лікування наркозалежності за допомогою впровадження програм замісної терапії.

7. Відбір, формування та навчання волонтерських груп із числа осіб, які є наркозалежними, ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД з лідерськими якостями для профілактичної роботи серед ровесників за принципом „рівний – рівному”.

8. Організація взаємодії між усіма суб'єктами профілактики (соціальні служби, служби у справах неповнолітніх, кримінальна міліція, медичні заклади, правоохоронні органи, заклади освіти, групи батьків, громадські організації тощо) для забезпечення доступу осіб, які є наркозалежними, ВІЛ-інфікованими або хворими на СНІД, їх найближчого оточення до комплексних соціальних послуг, діагностики та лікування наркозалежності, ВІЛ/СНІДу.

9. Організація і проведення моніторингу й оцінки поширення вживання психоактивних речовин, ВІЛ-інфекції та СНІДу, заходів протидії цим явищам тощо.

До основних напрямків третинної профілактики належать:

1. Сприяння соціальній реабілітації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, формування впевненості у собі, відновлення соціального статусу.

2. Надання допомоги ВІЛ-інфікованим людям у лікуванні та формування прихильності до антиретровірусної терапії.

3. Трудова реабілітація ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, відновлення їхніх трудових навичок.

4. Надання психологічної допомоги та підтримки у вирішенні виникаючих проблем та конфліктів, здійснення консультування.

5. Організація взаємодії між усіма суб'єктами профілактики (соціальні служби, медичні заклади, громадські організації тощо) для забезпечення ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД доступу до лікування, соціально-психологічної допомоги, реабілітаційних послуг.

6. Організація, проведення моніторингу й оцінки здійснюваних профілактичних заходів.

Профілактична діяльність здійснюється через систему соціальних послуг, які надає центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Профілактичні заходи повинні відповідати стандартам якості. Всі послуги профілактичної діяльності надаються консультантами з відповідним рівнем підготовки. Послуги надаються в залежності від потреб клієнта.

Традиційними формами роботи, що використовуються у профілактиці розповсюдження ВІЛ-інфекції, є:

*Лекція.* Стисле, цілісне, логічне викладення в усній формі інформації про проблему. У „чистому” вигляді, без поєднання з більш інтерактивними методами, відсоток засвоєння інформації цільовою аудиторією не перевищує 5%. Переваги: оперативність, економічність.

*Бесіда.* Викладення інформації у формі діалогу на основі питання-відповідь методу. Відсоток засвоєння інформації при проведенні бесіди 10%. Плюси: оперативність, економічність

*Самостійне вивчення – читання.* У середньому засвоюється 10% інформації. Найважливіше значення при цьому має мотивація на читання інформаційного матеріалу. Перевага: можливість великого охоплення.

*Використання аудіо-візуальних засобів.* Дозволяють задіяти додатковий канал сприйняття, а також створити і посилити емоційні переживання. Ефективність засвоєння – 20%.

*Використання наочних посібників.* Наочний посібник – повний або частковий аналог предмета вивчення. Типи наочних посібників: натуральні (речові), умовні графічні зображення (креслення, карти, схеми), знакові моделі (графіки, діаграми, формули). Інформація засвоюється усіма каналами сприйняття з 30% ефектом.

*Обговорення у групах (дискусії, мозкові штурми).* Обмін думками, враженнями, почуттями. Дозволяє учасникам думати, аналізувати, ділитися висновками, вислуховувати інші думки. Відсоток засвоєння 50% за умови наявності ведучого, який вміє вести дискусії. Недолік: обмежене охоплення.

*Навчання практикою дії:* рольові ігри, ігрові ситуації, практичні заняття, лабораторні роботи, самостійні дослідження. Ефективність 70%. Мінус: обмежене охоплення, витратність.

*Виступ у ролі навчаючого.* Найефективніша форма – 90% засвоєння. Недоліки: неможливість широкого охоплення, витратність.

*Профілактичний семінар* – групове заняття, яке побудовано у формі обговорення проблеми, інформаційних повідомлень, групових завдань, ігор, що дозволяють в активній формі передати інформацію про проблему, створити умови для того, щоб учасники задумалися про проблему і сформували своє ставлення до неї.

*Тренінг розвитку навичок* – групове заняття, проведене з використанням соціально-психологічних методів роботи з групою, що передбачає більш глибоке вивчення проблеми, формування та відпрацювання навичок, необхідних для її попередження.

*Семінар-тренінг* – сукупність профілактичного семінару та тренінгу розвитку навичок, а також інших методів роботи, організована таким чином, що навчальний процес переживається як частина реального життя. Дозволяє досягти високої ефективності.

*Акція* – масовий захід, що проводиться з метою залучення уваги людей до проблеми і донесення в доступній формі необхідного мінімуму інформації. Розповсюдження інформаційних матеріалів і запобіжних засобів – форма, що передбачає роздачу серед представників цільової групи інформаційних матеріалів з проблеми (брошур, буклетів тощо), з актуальних для неї питань, а також запобіжних засобів, може супроводжувати вище перераховані форми або здійснюватися незалежно.

*Інформаційна кампанія щодо ВІЛ/СНІДу* – комплекс заходів впливу на цільові групи за допомогою різних засобів і каналів масового та індивідуального інформування і навчання з метою пробудження до прийняття нових, корисних з точки зору профілактики ВІЛ моделей поведінки.

У процесі здійснення профілактичних заходів спеціаліст повинен дотримуватися наступних **принципів**:

1. *Принцип системності* передбачає розробку та проведення програмних профілактичних заходів на базі системного аналізу актуальної соціальної та епідеміологічної ситуації у країні стосовно соціально небезпечних хвороб.

2. *Принцип цілісності* визначає єдину цілісну стратегію профілактичної діяльності, яка обумовлюється загальними стратегічними напрямками, конкретними заходами та профілактичними акціями.

3. *Принцип всебічного спрямування* передбачає поєднання різних аспектів профілактичної діяльності:

- освітній компонент (формування системи уявлень, знань та ставлень);
- соціальний компонент (реалізація соціальних потреб у рамках профілактичної діяльності);
- психологічний компонент (формування навичок відповідальної та здорової поведінки).

4. *Принцип ситуаційної адекватності* означає відповідність профілактичних дій реальній соціально-економічній ситуації в країні та в навчальному середовищі, забезпечення безупинності, цілісності, динамічності, розвиток та вдосконалення профілактичної діяльності з урахуванням оцінки ефективності та моніторингу ситуації.

5. *Принцип індивідуальної адекватності* забезпечує розробку профілактичних програм з урахуванням вікових, гендерних, культурних, національних, релігійних та інших особливостей цільових груп.

6. *Принцип дотримання прав людини*, які не повинні порушуватися профілактичними діями.

7. *Принцип комплексності* передбачає узгодженість взаємодії:

- на професійному рівні – фахівців різних професій, у функціональних обов'язках яких є різні аспекти профілактичної роботи (вихователі, педагоги, дошкільні і шкільні психологи, лікарі, соціальні педагоги, соціальні працівники, працівники служби у справах неповнолітніх і захисту їхніх прав, інспектори підрозділів у справах неповнолітніх тощо);
- на відомчому рівні – органів і установ відповідної відомчої приналежності, що здійснюють профілактичну діяльність щодо соціально небезпечних хвороб у соціальному середовищі (на державному, регіональному, муніципальному рівнях);
- на міжвідомчому рівні – органів і установ, відповідальних за реалізацію різних аспектів профілактики соціально небезпечних хвороб у соціальному середовищі в межах своєї компетенції (заклади освіти, охорони здоров'я та ін.);
- на рівні державних, громадських і міжнародних організацій.

Зважаючи на існуючі шляхи передачі ВІЛ-інфекції, можна виділити певні особливості та специфіку здійснення профілактичних заходів у різних сферах та з різними категоріями населення.

**Профілактика передачі ВІЛ статевим шляхом.** У її основі лежить захист прав людини, включаючи право самостійно контролювати своє статеве життя.

У програми профілактики статевого шляху передачі ВІЛ завжди необхідно включати:

- точну і повну інформацію про більш безпечний секс, в тому числі інформацію про необхідність постійного і правильного використання презервативів виходячи з того, що чоловічий латексний презерватив – єдина найбільш ефективна існуюча технологія зниження ризику передачі ВІЛ при статевих контактах;
- інформацію про помірність, більш пізній початок статевого життя, взаємну вірність, зменшення числа статевих партнерів, комплексне та правильне статеве виховання;
- інформацію про раннє і ефективне лікування статевих інфекцій.

**Профілактика передачі ВІЛ через вживання ін'єкційних наркотиків, включаючи зниження шкоди.** У її основі – захист прав людини по відношенню до споживачів наркотиків. Це комплексна система заходів, яка включає:

- профілактику зловживання наркотиками (зниження попиту на наркотики, скорочення числа наркоспоживачів);
- повний набір ефективних варіантів лікування наркозалежності (в тому числі замісне лікування). Замісне лікування (замісна підтримуюча терапія) представляє собою надання для прийому під медичним контролем людям із залежністю від психоактивних речовин призначеної лікарем психоактивної речовини, за фармакологічними властивостями близької до речовини, що викликала цю залежність для досягнення терапевтичних цілей. Замісна підтримуюча терапія – ефективний, безпечний та економічно виправданий метод лікування наркозалежності. Багаторазові суворі оцінки цього методу продемонстрували, що така терапія є цінним компонентом ефективної профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків;
- зниження шкоди (включаючи просвітництво серед споживачів ін'єкційних наркотиків за принципом „рівний – рівному”, поширення стерильних голочок і шприців). Існує достатньо вагомих доказів того, що програми зменшення шкоди значно скорочують ін'єкційне споживання наркотиків і пов'язану з останнім ризиковану

поведінку і, таким чином, запобігають, перешкоджають епідемії ВІЛ/СНІДу, пов'язаній з ін'єкційним вживанням наркотичних засобів.

**Профілактика передачі ВІЛ при переливанні крові.** Запаси крові у більшості частин світу сьогодні перевіряються на антитіла до ВІЛ. При перевірці крові на ВІЛ ті партії, які виявляються інфікованими, вилучають з банків крові, що фактично усуває ризик передачі ВІЛ. Та на жаль, в деяких частинах світу кров не завжди піддають перевірці.

Універсальні запобіжні заходи засновані на тому, що всі фізіологічні рідини організму можуть містити ВІЛ або інші захворювання, що передаються з кров'ю. Ось деякі правила, які слід виконувати в рамках універсальних запобіжних засобів:

- закривати порізи: якщо є порізи або відкриті виразки на шкірі, їх слід закрити пластиковою пов'язкою;
- мити руки: милом і гарячою водою після контакту з кров'ю та іншими фізіологічними рідинами, після відвідування туалету, перед приготуванням або вживанням їжі та після зняття латексних рукавичок;
- проводити прибирання: для видалення пролитої крові або інших фізіологічних рідин слід використовувати свіжоприготований розчин, що містить побутовий дезінфікуючий засіб (1 частина) і воду (9 частин). Використаний туалетний папір слід викидати у пластиковий мішок для сміття;
- одягати рукавички: вони повинні бути одноразовими і їх одразу ж слід викидати у пластиковий мішок для сміття. При необхідності замість рукавичок можна використовувати невеликі пластикові мішки. Незважаючи на те, що користування рукавичками є нагальною рекомендацією, слід мати на увазі, що непошкоджена шкіра є відмінним бар'єром для ВІЛ, оскільки цей вірус не може проникати через шкіру, якщо на ній немає відкритої рани або порожнини, покритої слизовою оболонкою. Якщо на шкіру потрапила кров, слід її відразу ж змити з милом і гарячою водою;
- прати одяг: забруднені речі слід зберігати в герметичних пластикових мішках. Брудний одяг слід прати окремо в гарячій мильній воді і сушити в гарячій сушці або ж здавати в суху хімчистку;
- викидати сміття: при викиданні відходів, які можуть містити заражені матеріали або відпрацьовані голки, слід дотримуватись обережності. Матеріали, забруднені кров'ю або



іншими фізіологічними рідинами організму, слід викидати в герметичних пластикових мішках.

**Профілактика передачі ВІЛ в медичних установах.**

Більшість медичних працівників заражаються ВІЛ не на робочому місці, а найчастіше статевим шляхом від ВІЛ-позитивного статевого партнера. Ризик передачі ВІЛ від інфікованих хворих медичним працівникам невеликий, якщо персонал дотримується стандартних запобіжних заходів. У медичних установах передача ВІЛ відбувається рідше, ніж передача вірусу гепатиту В. ВІЛ-інфекція розвинулася менш ніж у 0,5% медичних працівників, які травмували свої шкірні покриви голками, що були контаміновані кров'ю ВІЛ-позитивних пацієнтів. Необхідно акуратно поводитися з усіма гострими інструментами.

Якщо стався випадковий укол використаною голкою, необхідно стиснути ранку, щоб посилити кровотечу, і добре промити місце уколу водою з милом.

**Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини.** Деякі антиретровірусні препарати, які, як показала практика, ефективні при лікуванні самої ВІЛ-інфекції, також ефективні в плані значного зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині. Однак такі препарати не можуть виключити ризик передачі інфекції. Існують також дані про те, що деякі лікарські препарати, що застосовуються для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, можуть викликати розвиток резистентності до ліків, що знижує довгострокову ефективність лікування матерів від ВІЛ. У даний час розробляються стратегії для профілактики передачі ВІЛ від матері дитині.

Для багатьох ВІЛ-інфікованих жінок іноді дуже важко прийняти рішення про те, чи треба їм вагітніти. Важливим першим кроком є відвідування свого лікаря, для того щоб отримати новітню інформацію, а також поради та консультації.

Ефективна профілактика передачі ВІЛ від матері дитині включає кілька компонентів. Якщо ви вагітні, вам слід отримати дородовий догляд у кваліфікованого медичного фахівця. Більшість лікарів, що працюють в дородових жіночих консультаціях, запропонують вам пройти тест на ВІЛ; якщо ваш лікар цього не зробить, вам самій слід попросити про це. Якщо у вас виявлять ВІЛ в умовах жіночої консультації, вас проконсультують щодо наявних у вас можливостей для народження дитини.

Якщо ви інфіковані ВІЛ і вирішили мати дитину, ваш лікар надасть вам інформацію щодо схем лікування, які дозволять зменшити ризик передачі вірусу немовляті. Перша (і найбільш ефективна) схема потребує, щоб ви пройшли антиретровірусне лікування протягом декількох тижнів до пологів, і щоб ваша новонароджена дитина отримала лікування після народження. Друга схема включає короткий курс зидовудину (АЗТ) починаючи з 28 тижнів вагітності, з подальшим призначенням разової дози невірапіну матері під час пологів і разової дози невірапіну і тижневого курсу зидовудину новонародженому після народження.

Оскільки грудне вигодовування може призвести до передачі ВІЛ новонародженому, вас також проконсультують з приводу варіантів годування дитини. В ідеальному випадку ви зможете годувати вашого новонародженого штучним харчуванням, тим самим ви уникнете ризику передачі ВІЛ через грудне годування.

Така профілактика включає в себе:

- профілактику первинної ВІЛ-інфекції серед жінок;
- попередження небажаної вагітності серед ВІЛ-позитивних жінок;
- попередження передачі ВІЛ від ВІЛ-позитивних вагітних жінок немовлятам, включаючи забезпечення доступу до АРВ-терапії і якісних замінників грудного молока;
- надання догляду, лікування та підтримки ВІЛ-позитивним жінкам і їхнім сім'ям.

Дослідження, проведені у промислово розвинених країнах, вказують на те, що застосування повного пакету заходів профілактики – добровільне конфіденційне консультування та тестування, комплексний догляд у допологовий період у поєднанні з консультуванням, антиретровірусне лікування з призначенням найбільш ефективних схем лікування, а також консультування щодо можливих варіантів заміни грудного вигодовування – допомагає значно знизити ризик передачі ВІЛ від матері дитині. Навіть при застосуванні менш ефективних схем лікування ризик передачі вірусу від матері дитині може бути зменшений до 2% за умови відмови від грудного вигодовування.

**Недопущення стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ.** Стигматизація і дискримінація підривають зусилля з профілактики ВІЛ, оскільки люди побоюються дізнатися про свій ВІЛ-статус, заперечують для себе ризик зараження і уникають

обговорення питань, пов'язаних з персональним ризиком зараження ВІЛ. Крім того, ті, хто вже інфікований, можуть допускати небезпечну поведінку через острах викликати підозри в тому, що вони заражені ВІЛ. Знижують дискримінацію та стигматизацію у зв'язку з ВІЛ не тільки заходи в галузі права та політики, а й завбачливе уникнення у профілактиці стигматизуючих послань. Ці послання зазвичай пов'язують проблему ВІЛ тільки з певними соціальними групами. З цієї ж причини, зокрема, не слід змішувати в єдині програми профілактику ВІЛ та профілактику наркоманії.

#### **Профілактика ВІЛ/СНІДу у навчальних закладах.**

Реалізація програми профілактики ВІЛ/СНІДу у навчальних закладах є дуже важливою, тому що основною метою такої роботи є надання необхідної інформації підліткам. „Надзавданням” профілактичної роботи, особливо серед учнівської молоді, є також створення у кожного власної моделі безпечної поведінки, спрямованої на зниження ризику зараження ВІЛ, формування зваженого ставлення до проблеми СНІДу. Тобто педагог, соціальний педагог, соціальний працівник має привернути увагу учнів до проблеми, надати переконливу інформацію про ступінь ризику, висунути аргументи на користь безпечної поведінки, допомогти виробити навички такої поведінки, створити ситуацію психологічного комфорту й захищеності, сформувати толерантне ставлення до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.

Щоб вирішити ці завдання, потрібно відшукати нові форми профілактичної роботи або використовувати традиційні форми, надаючи їм таких сучасних ознак, які відповідали б інтересам і потребам молоді, спонукали учнів осмислено діяти, сприяли формуванню особистої позиції щодо проблеми.

У шкільній практиці варто використовувати театралізовані, інтерактивні, ігрові, інтелектуально-пізнавальні, тренінгові та інші форми виховної роботи, а також застосовувати таку форму профілактики, як інформаційна кампанія.

Так, до *театралізованих форм* належать: літературно-музична композиція, концерт, публіцистична вистава, театралізована вистава тощо.

Театралізовані форми роботи – найскладніші й найцікавіші форми, які розкривають тему за допомогою художніх образів, засобів театралізації, використання творчих здібностей учнів.

Під час їх підготовки відбувається колективна креативна діяльність учнів і педагога. Вистави можуть бути показані багаторазово, що дає можливість працювати з великою і різноманітною аудиторією. Дані форми позакласної роботи потребують від педагога режисерських і навіть акторських здібностей.

*Літературно-музична композиція* – композиційне побудоване подання літературного матеріалу у музичному оформленні. Цей жанр дещо застарілий, але, з іншого боку, він традиційний для позакласної роботи у школі. Тому, використовуючи його, слід прагнути динаміки, дієвості, яскравій візуалізації, а також сучасного музичного наповнення. Намагайтеся подавати інформацію не в лекційній, розповідній манері, а за допомогою виразних сценічних прийомів. Спробуйте використовувати сучасні технічні засоби, художнє освітлення, шукайте цікаве мізансценічне рішення (мізансцена розташування фігур на сцені). Прагніть максимального донесення змісту текстів, які промовляються зі сцени, до свідомості глядачів

*Концерт* – поєднання різних за жанром художніх номерів у одній програмі. Цей жанр буде доречним у тому випадкові, коли концерт присвячений Всесвітньому дню боротьби зі СНІДом чи Дню пам'яті людей, що померли від СНІДу. За таких умов конференс (текст ведучих, що поєднує номери концерту) може містити інформацію про СНІД, про людей, що померли від СНІДу, про ставлення до ВІЛ-інфікованих. Концерт може також завершувати тиждень, присвячений темі СНІДу, чи бути фінальним заходом у рамках одноденної акції, присвяченої боротьбі зі СНІДом. У такому разі на концерті доречно підбити підсумки роботи, нагородити переможців різноманітних конкурсів. Концерт може бути благодійним.

*Публіцистична вистава (агітбригада)* – цей жанр народився як можливість вести агітаційну роботу за допомогою сценічних прийомів. Віршовані тексти, відомі пісні, які набули нового змісту, використання прийому „апорт” (яскраві словесні заклики, звернення до глядача), театралізовані мініатюри – ось ознаки цього жанру. У ньому документальний, публіцистичний зміст набуває художніх форм. Зрозуміло, що публіцистична вистава – найдоречніша форма профілактичної роботи, але наголошуємо: основна риса цього жанру – сучасність і актуальність, тобто зміст і сценічна дія мають відповідати часу. Публіцистична вистава – це монтаж різноманітних епізодів, сценічних жанрів, деякі з них можуть мати навіть

гумористичний характер. У цілому, така вистава може стати насправді дієво-профілактичною, якщо інформація в ній буде викладена яскраво і переконливо.

*Театралізована вистава* – дія цього жанру потребує певного сюжету, де дійові особи є носіями певних характерів, вчинків, де напружено відбувається боротьба між позитивом і негативом. Цей жанр дуже цікавий школярам, бо дає можливість доторкнутися до таємниць театру. У профілактичній роботі цей жанр дає змогу донести не стільки важливу інформацію, скільки нюанси теми, вплинути на емоційну сферу, справити глибоке враження. Тут дія може розвиватися не так стрімко, але повинна бути присутня логіка сценічної дії. Важливо подумати про музичне, світлове оформлення, а також про оформлення сцени – декорації. Сюжетом такої вистави може бути реальна історія якоїсь людини, що живе з ВІЛ, чи вигадана історія. Це може бути також і притча, де розмова про СНІД ведеться в алегоричній формі. Важливо, щоб така вистава захоплювала глядача, а це можливо, коли актори на сцені самі розуміються на змісті того, що роблять, і переконані в необхідності про це говорити.

*Пластично-хореографічна вистава* – це вистава, де основним засобом вираження є пластика: рухи тіла, міміка, жест. Така вистава ведеться мовою символів і потребує виразних костюмів, музичного супроводу, яскравих атрибутів (свічки, тканини, стрічки тощо). Дійовими особами такої вистави можуть бути як герої-люди, так і герої-символи: хвороба, душа тощо.

**Інтерактивні форми** (interaction – взаємодія) передбачають обов'язкове включення аудиторії, яка стає учасником дійства, і його умови потребують від глядача певних дій, знань, учинків. Інтерактивні форми дають змогу одночасно як подавати інформацію й формувати певні навички, так і перевіряти наявний рівень знань та вмій. Створення ситуації змагання й можливість отримання зворотного зв'язку додають глядачеві зацікавленості, бажання взяти участь у дійстві.

До інтерактивних форм роботи належать ігрова програма, інтерактивна акція, ток-шоу, гра станціями, ігровий тренінг.

*Ігрова програма.* Основним засобом вираження у цій формі є гра. Саме через гру подається зміст, за допомогою неї моделюються різні ситуації, у яких формуються й відпрацьовуються необхідні навички. Ця форма у профілактичній роботі допомагає створити атмосферу активних, позитивних дій, яскраво виразити ідею

програми. Сюжет ігрової програми потребує певної логіки і сценічного рішення. В ігровій програмі допускається театралізація, тут обов'язково потрібен яскравий реквізит, відкритий контакт з аудиторією.

*Інтерактивна акція*, на відміну від ігрової програми, не має певного сценарію, а лише сценарний план. Акція – це низка заходів, у нашому випадку профілактичних (розповсюдження спеціальної літератури, презентація організацій, що працюють над проблемою ВІЛ/СНІДу, тощо). Здебільшого акція спрямована на широкий загал зацікавлених темою людей.

*Ток-шоу* також є інтерактивною телевізійною програмою. Її використання у профілактичній роботі може бути доречним, якщо запросити до участі людей, які живуть із ВІЛ, чи спеціалістів із проблеми: психологів, медиків, юристів, чиє спілкування з аудиторією буде дійсно діалогічним, рухливим, цікавим.

*Гра станціями* – інтерактивний жанр, де учасникам пропонується рухатися від „станції” до „станції” і, зупиняючись, отримувати чи демонструвати свої знання, набувати чи демонструвати певні навички. Для проведення профілактичної роботи можна влаштувати станції, які за темою відповідають різним аспектам проблеми ВІЛ/СНІДу. Динамізм, яскравість, наявність ігрового моменту, ситуація змагання – дають змогу в рухливій, дієвій формі всебічно ознайомити із проблемою велику аудиторію.

*Інтелектуально-пізнавальні форми.* Частіше за все – це варіанти телевізійних програм: „Що? Де? Коли?”, „Слабка ланка” тощо. Можна підійти до цього жанру більш творчо і створити авторську за формою програму. Незмінним залишається зміст, основа якого „запитання – відповіді”.

*Художньо-прикладні форми.* Ідеться про відомі *конкурси малюнка, виставки квітів, захист технічних проєктів, презентації музейних експозицій* тощо. Ці форми здатні містити візуальну інформацію, впливати на свідомість завдяки образотворчим засобам, до того ж адресовані великій і різномірній аудиторії. Потрібно знайти сучасні ідеї щодо художньо-прикладного жанру (це може бути створення авторських малюнків на футболках, проєктів пам'ятника, зйомка рекламного ролика, конкурс графіті чи показ тематичної модної колекції тощо) і широко використовувати їх.

Слід звернути увагу на такі шкільні заходи, як *ярмарок, спортивне свято, показ сценічних робіт класу, вечір зустрічі,*

*наукова конференція*, які також можуть бути присвячені темі СНІДу, містити профілактичну інформацію, демонструвати переваги здорового способу життя.

Особливо популярною серед старшокласників є *дискотека*. Можна провести тематичну дискотеку профілактичної спрямованості. Під час такого заходу можна поширювати інформацію, розповідати про відомих музикантів, які загинули внаслідок СНІДу чи активно виступають у боротьбі за безпечну поведінку. Під час дискотеки можна розповсюджувати плакати, буклети, інший роздатковий матеріал.

Ще одним видом профілактичної діяльності у школах є *тренінгові форми роботи*, які проводяться не лише з учнями, а й з батьками, адміністрацією школи, вчителями.

*Інформаційна кампанія*. Однією з форм профілактичної роботи щодо ВІЛ/СНІДу та інших негативних явищ є інформаційна кампанія – комплексна система заходів, об'єднаних загальною стратегічною метою і проведених у визначений, обмежений час. Інформаційна кампанія впливає на визначені групи населення (так звані цільові групи) за допомогою різних засобів і каналів масового й індивідуального інформування та навчання з метою спонукання до прийняття нових, корисних для них самих і для суспільства моделей поведінки у визначеній галузі життя.

Розробка інформаційної кампанії базується на моделі зміни поведінки, відповідно до якої нова значуща інформація стає для людини стимулом до зміни поведінки.

Інформування цільової групи впливає не тільки на рівень її поінформованості щодо деяких фактів, а на формування позитивного ставлення до пропагованих норм поведінки. Воно спонукає до зміни ризикованої поведінки (наприклад, у плані інфікування вірусом імунодефіциту людини) на безпечнішу.

Проведення інформаційних кампаній стимулює інтерес окремих осіб і всього суспільства до одержання інформації про ВІЛ-інфекцію та СНІД і таких послуг, як діагностика, лікування і профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Слід пам'ятати, що інформаційна кампанія обмежена в часі:

- результати кампанії оцінюються заздалегідь визначеними показниками;

- широке охоплення цільової групи в рамках кампанії забезпечується за рахунок використання різних засобів і каналів передачі інформації;
- кампанія складається з кількох елементів, що пов'язані однією загальною ідеєю й повідомленням кампанії ;
- усі елементи кампанії (відеоролик, аудіоролик, брошури, плакати тощо) мають єдине дизайнерське рішення і звуковий супровід, що робить їх пізнавальними й цілісними;
- кампанія складається з комплексу взаємозалежних заходів, що виконуються у певній послідовності й підсилюють одне одного. Під час кампанії використовуються різноманітні рекламні носії та канали передачі обраного повідомлення.

Інформаційна кампанія має поглиблювати знання, впливати на поведінку і ставлення цільової групи до певного явища. Недостатньо просто надати інформацію – потрібно викликати емоційний відгук на неї з боку цільової групи і дати рекомендації про неї, що можна розпочати в конкретних ситуаціях. Слід чітко визначити цільову групу, на яку спрямована інформаційна кампанія. Сегментація (розподіл на дрібніші підгрупи) дає змогу розробити повідомлення, спрямовані на певні цільові аудиторії.

Цільова група має залучатися до участі в розробці й реалізації інформаційної кампанії. Думки представників цільової групи обов'язково мають враховуватися під час розробки послання кампанії, дизайну буклетів, плакатів, аудіо- і відеороликів, вибору інформаційних каналів. Їх можна залучати до проведення окремих акцій і заходів кампанії.

Ідеї й послання (тексти, звернення, повідомлення), використані в інформаційній кампанії, мають бути зрозумілі адресантам. Вони повинні створюватися з урахуванням особливостей мови (жаргону, сленгу), способу життя, мислення, цінностей та культурних традицій цільової групи.

Загальне налаштування й основні послання інформаційної кампанії мають бути в позитивному ключі і спонукати до конкретних дій, спрямованих на збереження здоров'я.

Під час інформаційної кампанії для поширення повідомлень і закликів слід задіяти кілька каналів комунікації. Наприклад, трансляцію відеоролика по телебаченню можна поєднати з розміщенням інформації на рекламних вуличних щитах і поширення буклетів на молодіжних дискотеках і під час акцій.



Інформаційна кампанія повинна бути практичною, щоб дана інформація співвідносилася з дійсністю й могла використовуватися цільовою групою в реальній життєвій ситуації.

Попереднє тестування (апробація) повідомлень і продуктів (брошури, відеоролики) кампанії допомагає значно підвищити її ефективність. Тестування проводиться для того, щоб визначити, чи розуміє цільова група розроблене повідомлення, чи прийнятий його дизайн, яка реакція на нього з боку цільової групи.

Щоб кампанія була успішною, її цілі повинні бути реальними, досяжними, а залучені ресурси – достатніми для ефективного впливу на обрану цільову групу. Плануючи інформаційну кампанію, слід визначити її приблизну вартість, оцінити наявні ресурси й можливості для залучення додаткових коштів.

Залучення до розробки й реалізації кампанії максимальної кількості зацікавлених осіб (державні органи, ЗМІ, неурядові організації, фахівці, батьки) дає змогу підвищити ефективність кампанії, тому що створюється підтримуюче середовище. Представникам цільової групи буде легше перейти до практик безпечної поведінки, якщо вони відчують підтримку з боку свого оточення і суспільства в цілому.

Моніторинг і оцінювання ефективності кампанії мають плануватися з самого початку і планомірно здійснюватися у процесі її реалізації.

Інформаційну кампанію щодо профілактики ВІЛ/СНІДу потрібно планувати в рамках ширшої програми профілактики цього соціально небезпечного захворювання, „підтягуючи” й використовуючи всі наявні на території проведення кампанії ресурси (сервіс, засоби масової інформації, просвітницькі програми тощо). Заходи варто погоджувати, створювати єдине інформаційне поле.

Кампанія може бути :

- національною (охоплювати всю чи майже всю країну);
- міжрегіональною (охоплювати кілька областей);
- регіональною (на одну область), районною (на один район області);
- міською (на місто), сільською (на одне село);
- шкільною, міжвузівською тощо.

Інформаційна кампанія може стати важливою частиною загальної програми профілактики ВІЛ-інфекції та інших соціально значущих захворювань. Кампанії спрямовані на зміну поведінки в

якісний бік, тісно пов'язані з усіма іншими програмами з профілактики і боротьби з ВІЛ і посідають важливе місце в загальній програмі боротьби з ВІЛ-інфекцією. По суті, вони стають об'єднуючою ланкою між різними частинами програми, створюють у суспільстві єдине інформаційне поле, що сприяє взаєморозумінню й узгодженості дій усіх зацікавлених осіб.

Сама по собі інформаційна кампанія не може замінити роботу правозахисних організацій зі зміни дискримінаційного законодавства чи створення ініціативних груп волонтерів, що працюють із вразливими групами населення. Вона може інформувати, створювати позитивне ставлення до профілактичних програм, допомагати всім зацікавленим особам у розумінні своєї ролі в цій роботі і сприяти зміні поведінки цільових груп та їх ставлення до проблеми.

За допомогою кампанії можна ефективно „прокладати дорогу” іншим формам профілактичної роботи. Інформаційна кампанія ніби стає підґрунтям, надаючи інформацію й формуючи необхідні переконання й настанови в цільових групах. Завдання інших форм профілактичної роботи – забезпечити цільовій групі можливість реалізувати ті норми поведінки, що пропагуються в рамках кампанії, одержати необхідні послуги. Інші методи профілактики (консультації, навчання чи тренінг) можуть допомогти людині пройти всі кроки – від знання про проблему до формування навичок безпечної поведінки. Окрема ж інформаційна кампанія допомагає зробити „крок” у зміні поведінки. Потрібна подальша інформаційна підтримка, наступні інформаційні кампанії для того, щоб у представників цільової групи сформувалися й закріпилися пропаговані навички. Перевага інформаційних кампаній у масовості впливу, водночас як консультації і тренінги можуть охопити лише невелику аудиторію, але при цьому здійснити на неї сильніший вплив. Кампанії мають проводитися постійно впродовж тривалого періоду, тому що зміна поведінки потребує часу.

Важливою умовою у здійсненні профілактичних заходів є *взаємодія установ та організацій*, які працюють у сфері профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІДу, яка повинна базуватися на взаємному посиленні ефективності роботи і розбудові мережі соціального супроводу клієнта.

Взаємодія між різними установами та організаціями дає можливість: обмінюватися досвідом і фахівцями; надавати комплекс

додаткових послуг, використовуючи можливості цих установ та організацій; обмінюватися методичними розробками, програмами, літературою; впроваджувати ефективні сучасні програми та технології роботи, навчання фахівців; вишукувати та отримувати додаткове фінансування; залучати сторонніх фахівців для моніторингу діяльності, її зовнішньої оцінки тощо.

Для налагодження співробітництва у сфері надання соціальних послуг щодо профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІДу необхідно: по-перше, проаналізувати кількість та рівень наявних установ і організацій, що працюють у цій сфері, та послуг, які вони надають; по-друге, спрогнозувати і розробити можливі механізми та етапи побудови взаємодії з конкретними надавачами соціальних послуг; по-третє, провести робочу зустріч з потенційними суб'єктами співпраці для обговорення механізмів взаємодії і координації діяльності; по-четверте, підписати угоди про співпрацю, меморандуми про взаємодію тощо.

Профілактика – це основа всіх заходів, вжитих у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу. Підтвердження тому – наявність прямого зв'язку між обсягом ресурсів, що направляються на профілактичні втручання, і рівнем інфікування.

Необхідно вкладати кошти не лише у профілактичні заходи, а й у дослідження, які розширюють базу необхідних даних для профілактики ВІЛ, для моніторингу та оцінки ефективності профілактики.

Програми по догляду, підтримці та лікуванню сприяють профілактиці за рахунок добровільного конфіденційного консультування та тестування, а також за рахунок надання вразливим групам і людям, що живуть з ВІЛ, послуг у галузі охорони здоров'я, інформації та профілактичних засобів. Профілактика ВІЛ серед уразливих груп дозволяє запобігти поширенню інфекції серед загального населення.

**Ключові поняття:** ВІЛ (вірус імунодефіциту людини), СНІД (синдром набутого імунного дефіциту), профілактика ВІЛ/СНІДу, стратегії профілактики, моделі профілактики, первинна, вторинна та третинна профілактика.

***Питання та завдання:***

1. Розкрити сутність основних стратегій та моделей профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції.
2. У чому полягають відмінності між первинною, вторинною та третинною профілактикою? Назвати основні завдання кожного з цих типів профілактики.
3. Визначити особливості та специфіку здійснення профілактичних заходів у різних сферах та з різними категоріями населення.
4. Які форми роботи, на Вашу думку, доцільно використовувати у профілактиці розповсюдження ВІЛ-інфекції?

***Практичне завдання.*** Розробити рольову гру з проблеми розповсюдження ВІЛ-інфекції для підлітків.

### РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СОЦІУМІ

#### 3.1. Особливості роботи з жінками, які перебувають у складних життєвих ситуаціях

У багатьох країнах світу сьогодні розгорнувся рух за права жінок у різних сферах життя, порушення яких погіршує їх становище і соціальну роль. Наукові дослідження, які проводяться у цьому напрямку, зосереджують увагу на гендерних розбіжностях.

**Гендер** (англ. gender, від лат. genus – „рід”) – це соціальна стать людини, сукупність соціокультурних і поведінкових характеристик і ролей, що визначає особистісний, соціальний і правовий статус чоловіка і жінки у певному суспільстві. Це поняття вказує на соціальні можливості кожної статі в освіті, професійній діяльності, доступі до влади, сімейних ролях та репродуктивній поведінці і є одним із базових вимірів соціальної структури суспільства. Гендер визначає поведінку людини у суспільстві і те, як ця поведінка сприймається оточуючими.

Невід’ємною складовою демократичного громадянського суспільства виступає **гендерна культура**, формування якої передбачає утвердження рівності прав, забезпечення партнерства між чоловіками і жінками, взаємної відповідальності у створенні умов для вільного розвитку і реалізації особистості.

З погляду соціальної психології, сьогодні гендер перебуває під сильним тиском як культурних норм, які встановлюють правила поведінки чоловіків та жінок, так і соціальної інформації, що навіює людям, наскільки великою є різниця між чоловіками та жінками.

Статус жінок у суспільстві акумулює в собі особливості соціально-політичного устрою країни, рівень її економіки, культури, управління, правових норм, він чутливо реагує на глибинні зміни в усіх сферах, у суспільній свідомості, ціннісних орієнтаціях.

Основною причиною виділення жінок в особливу соціально-демографічну групу і специфічну категорію клієнтів соціальної роботи є виконання ними генеративної функції, тобто наявність у них здатності до дітонародження, що є біологічною передумовою цілого переліку культурних і соціальних наслідків.

Місце та роль жінки в суспільстві – одне з одвічних питань. Історично склалося, що жінки мають значно менше можливостей, ніж чоловіки, для вияву своїх здібностей. Причиною цього є ставлення соціуму до жінок. Жінка може реалізуватись як особистість лише у материнстві та сімейному житті, а що стосується професійного росту та громадсько-політичної діяльності – вважається вторинним. Таке ставлення до жінок є порушенням їх прав.

Історичне минуле України є показовим прикладом помірно патріархального зображення життя суспільства. Принцип нерівності за статтю міцно укорінився в моралі і звичаях суспільного життя. Обов'язки жінки зводилися практично до виховання дітей і підтримки порядку і чистоти в будинку.

У історичній ретроспективі норми стосунків між чоловіком та жінкою виходять з постулатів православ'я і визначають головуючу позицію чоловіка. Трансформація соціально-політичного життя в роки радянської влади лише номінально регламентує надання жінці рівних прав з чоловіком у всіх сферах. Психологічний статус жінки в цей час набуває певних властивостей: відсутність почуття відповідальності за себе, своє життя та свій життєвий простір, невибагливість, страх як головний регулятор поведінки, відсутність поваги до приватного життя. Така ситуація значною мірою опосередковується тим, що гендерні норми поведінки людини постійно підтримуються соціальними очікуваннями оточуючих. Існує гендерний соціальний контроль, який проявляється у формальному та неформальному схваленні та винагороді „правильної” поведінки й у покаранні ганьбою, соціальною ізоляцією та презирством поведінки, яка не відповідає моделям „чоловічої” або „жіночої” ролі.

Зрозуміло, що такий підхід не сприяє реалізації особистісного потенціалу людини, веде до **гендерної дискримінації** – порушення прав людини за статевою ознакою. Особливо страждають права жінки, тому що не реалізується право її вільного вибору: ким бути, як будувати своє життя. Суспільством нав'язується думка про ідеальний образ жінки в сім'ї, її поведінку, змушуючи жінку пристосовуватися до родинного життя шляхом пригнічення свого „Я”. Суспільна думка з великими труднощами долає упередження, що жінка може бути щаслива тільки реалізувавши себе як мати, що вона не може бути добрим керівником, політиком.

Однією з характерних ознак розвитку світового співтовариства в останні десятиліття є посилення уваги до жіночих проблем. Про це, зокрема, свідчить визнання прав жінок як винятково важливої складової частини прав людини, розробка та прийняття Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок (1979), проголошення ООН Міжнародного року жінки (1975), Десятиліття жінки (1976-1985), проведення міжнародних та всесвітніх конференцій, присвячених розгляду питань становища жінок у суспільстві, підтримується прогресивний спосіб розв'язання проблем поєднання материнства і зайнятості в суспільному виробництві, сімейних обов'язків і участі в громадському житті.

Одним із дійових інструментів реалізації такого підходу до розв'язання актуальних проблем українського жіноцтва є соціальна робота. Здійснювані у процесі соціальної роботи систематичні, різноманітні заходи спрямовані на те, щоб полегшити адаптацію особи до суспільних норм, допомогти їй розвинути, реалізувати і реабілітувати життєві сили, забезпечити гідне існування і самоствердження.

Однак, незважаючи на певні досягнення, жінки й сьогодні залишаються незахищеними, їхнє життя сповнене багатьох проблем. Особливої гостроти набула суперечність між:

- декларуванням рівноправності жінок і чоловіків, проголошеної у міжнародних документах, які ратифіковані Україною, і реальною тенденцією до обмеження можливостей участі жінок у керівництві державою, у досягненні високого соціального статусу, економічної незалежності;
- визнанням важливості реалізації творчого потенціалу жінок як рушійної сили забезпечення сталого розвитку світового співтовариства і реальним „вимиванням” жінок, у тому числі й жіночої молоді, на периферію суспільно-політичного та економічного життя;
- спробами органів державної влади та управління створити цілісну концепцію соціальної підтримки жінок й відсутністю системи та механізмів її реалізації; недостатніми темпами розвитку соціальних служб для жінок, наукових структур, котрі досліджували б жіночі проблеми і розробляли обґрунтовані рекомендації щодо їх розв'язання;
- необхідністю відмови від стереотипних патріархальних уявлень про жінок, систему їхніх життєвих цінностей та практикою

зображення жінок у спотвореному, принизливому вигляді у засобах масової інформації. Це негативно позначається на становищі жінок, знижує їхню самооцінку, блокує готовність до самореалізації й погіршує психологічне самопочуття, породжує невдоволення своєю статтю.

Статистичні дані зарубіжних дослідників і результати діяльності вітчизняних соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді свідчать, що серед клієнтів соціальних служб жінки становлять приблизно 2/3 від загальної кількості тих, хто звернувся за допомогою. Це пояснюється двома основними причинами.

**По-перше**, незважаючи на всі позитивні зміни, що відбувалися протягом останнього століття й були пов'язані з визнанням прав жінок як важливої складової прав людини, різноманітні прояви дискримінації щодо жінок ліквідувати не вдалося.

**Соціальна дискримінація жінок** (від латинського слова – *discriminatio* – розходження) означає обмеження або позбавлення прав по ознаці статі (або гендерній ознаці) у всіх сферах життя суспільства: трудовій, соціально-економічній, політичній, духовній, сімейно-побутовій.

Соціальна дискримінація веде до зниження соціального статусу жінки і є однією з форм насильства над її особистістю, і, отже, погрозою для її безпеки. Погляд на жінку, як на неповноцінну істоту знайшов своє відображення у філософських працях древнього світу. Почуття примітивно-грубої чоловічої переваги над жінкою Сократ виразив наступними словами: „три речі можна вважати щастям: що ти не дика тварина, що ти грек, а не варвар, і що ти чоловік, а не жінка”.

З часів Сократа пройшло майже два з половиною тисячоріччя. Але й у наші дні багато державних і суспільних діячів, вчені й у їх числі соціологи виступають проти самого поняття „соціальна дискримінація жінки”. Його підмінюють закликами до боротьби за їх рівноправність з чоловіками. Але це не те саме. Необхідною прелюдією до рівноправності статі є подолання усіх форм обмеження прав та інтересів жінок, особливо у сфері праці. Сам термін „соціальна дискримінація жінок” загально визнаний.

Сьогодні дискримінація жінок, які складають 53% населення України, має місце в економічній, політичній, культурній сферах та особливо у повсякденному житті.



Існуючі статті Конституції, законодавчі акти, чисельні нормативні документи, нажаль, носять виключно декларативний характер і не підкріплені механізмами реалізації, фінансовими та організаційними ресурсами держави і органів місцевого самоврядування.

Жінки сьогодні – основна категорія серед бідних. „**Фемінізація бідності**” є актуальною глобальною проблемою, пошуки ефективних шляхів вирішення якої тривають.

Крім того, за офіційними статистичними даними, середня тривалість життя жінок у всьому світі довша, ніж у чоловіків, але при цьому **жінки мають нижчий індекс здоров'я, нижчу самооцінку**. Однією з важливих сучасних проблем є **проблема збереження репродуктивного здоров'я** жінок, молодих дівчат.

Саме жінки разом із дітьми становлять абсолютну більшість серед тих, хто страждає від наслідків воєнних конфліктів, хто потерпає від різних видів насильства, включаючи його прояви в приватному житті, сім'ї. Сьогодні кожна п'ята жінка є **жертвою домашнього насильства** і не забезпечена належною правовою допомогою з боку держави. Рівень заробітної плати жінки складає дві третини від зарплати чоловіків, що обіймають аналогічні посади. А це пряме порушення конституційних прав.

Сьогодні держава принижує роль жінки-матері, головна місія якої – народити і виховати здорових дітей. Кожен другий шлюб в Україні розпадається, як наслідок – близько 1 млн. безпритульних, кинутих на призволяще дітей.

Статистика свідчить про те, що багато українських жінок страждають від побоїв у сім'ї. Та найгіршим є те, що більшість із постраждалих від жорстокості чоловіка справді вірять у свою провину, виправдовуючи чоловіків. Ті з жінок, які хотіли б змінити щось у власній сім'ї, не знають як це зробити та до кого звернутися за допомогою.

Це призводить до морального скалічення дітей, які зростають у такій сім'ї: і син, і донька звикають до такого становища та вважають поведінку батьків прикладом того, як треба поводитися у сім'ї.

Офіційні посадові особи, зазвичай, заперечують те, що **дискримінація жінок на ринку праці** є проблемою для України. Насправді дискримінація за статевою ознакою характерна як для державного, так і приватного секторів економіки. І це зовсім не означає, що немає робочих місць, або що жінки не хочуть

працювати. Навпаки, сучасні українки прагнуть себе реалізувати у суспільстві. Однак ще до співбесіди з потенційним роботодавцем, вони вже зазнають дискримінації, що впливає зі змісту оголошень у ЗМІ. Йдеться про безліч оголошень в газетах про прийом на роботу, які містять вимоги щодо віку, статі, і навіть зовнішнього вигляду бажаного працівника. Особливо часто застосовується відсів за статевою ознакою, коли йдеться про високооплачувані та престижні посади.

За визначенням Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ратифікована Україною 12 березня 1981 року), „дискримінація щодо жінок” означає будь-які відмінності, виключення чи обмеження за ознакою статі, спрямовані на ослаблення чи зведення нанівець визнання, користування або здійснення жінками, незалежно від їх сімейного стану, на основі рівноправності чоловіків і жінок, прав людини та основних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадській або будь-якій іншій галузі.

Стаття 24 Конституції України та стаття 2 ч.1 Кодексу законів про працю гарантують свободу від усіх форм дискримінації, у тому числі і за ознакою статі. Крім того, Україною ратифіковані міжнародні угоди, які стосуються заборони та викорінення дискримінації в різних сферах суспільного життя.

Однак ситуація на практиці є іншою. Роботодавці як у приватному, так і в державному секторах регулярно підкреслюють бажану стать працівника в оголошеннях про вакансії та вимагають під час співбесід інформацію про сімейні обставини, яку згодом використовують для відмови у роботі. Вимоги щодо віку та зовнішності теж можуть стати перепорою, навіть якщо жінки повністю відповідають посаді з професійної погляду.

Бажання винаймати чоловіків роботодавці, зазвичай, виправдовують традиційними стереотипами стосовно фізичних та інтелектуальних можливостей жінок та їх сімейних обов'язків. В результаті жінки все більше витісняються в низькооплачувані сфери послуг та державний сектор або шукають роботу, в тому числі і за сумісництвом, в нерегульованому тіньовому секторі. Багато жінок їдуть за кордон у пошуках кращих економічних можливостей. Такий вибір наражає їх на небезпеку бути втягненими в комерційну секс-індустрію або в інші форми примусової праці.

Серед інших поширених форм дискримінації, з якими жінки стикаються вже на робочому місці, є **відмова у наданні відпусток** у зв'язку з вагітністю і пологами, чи для догляду за дітьми, **виплата гарантованих державою коштів, обмеження можливостей професійного зростання, сексуальні домагання**. Водночас роботи, які виконують жінки, все більше зосереджуються на найневигоднішій ділянці ринку праці. Більшість низькооплачуваних робітників – це жінки. До того ж жінкам похилого віку після втрати роботи дуже важко знову повернутися на ринок праці.

Чоловіки й жінки **не мають рівного становища** не тільки на роботі, а й **вдома**, де жінки працюють набагато більше за чоловіків: прибирають, перуть, готують їжу, виховують дітей. Психологи порахували, що сучасна жінка працює на 60 відсотків більше за чоловіка, бо хатня робота й діти також на ній. І це, зважте, на тлі „безробіття з жіночим обличчям”: за статистикою, понад 70 відсотків непрацюючих — жінки, а 16 відсотків жінок працюють у шкідливих для здоров'я умовах.

Подвійні навантаження, що пов'язані із сумісництвом професійної діяльності й виконанням специфічних жіночих ролей, сприяють підвищенню ризику виникнення різних соціальних і психологічних проблем, що вимагають свого розв'язання.

*По-друге*, жінкам притаманна більша, порівняно з чоловіками, емоційність, потреба у співчутті, спілкуванні. За наявності проблем вони частіше згодні й здатні шукати допомоги у фахівців соціальної роботи, психологів. Саме сукупністю названих чинників можна пояснити перевагу жінок серед клієнтів соціальних служб.

Багатоаспектність, різноплановість жіночих проблем актуалізує потребу в різних спеціалізованих службах, програмах, які мають належне науково-методичне, кадрове забезпечення, принципи організації (як державні, так і суспільні, приватні). В Україні соціальні служби для жінок почали створюватися з перших років незалежності, більш різноманітними стають їх моделі, завдяки використанню ініціатив неурядових організацій і можливостей розвитку міжнародного співробітництва. Але досвід організації соціальної роботи з жінками у зарубіжних країнах має більше теоретичних та практичних напрацювань.

Новий етап соціальної роботи з жінками в західних країнах розпочинається в 60-х роках ХХ ст. під тиском потужного жіночого руху. Саме в ті часи, коли в Європі вибухнули молодіжні бунти,

стався крах колоніальної системи, актуалізувалася потреба в залученні великої кількості жінок до виробництва, що було необхідним для забезпечення швидких темпів соціально-економічного розвитку країн Заходу.

З огляду на ці реалії, пріоритетними стають завдання професійної підготовки та перепідготовки жіночих кадрів, створення нових робочих місць для жінок, формування та підтримка психологічної готовності жінок до розширення їхнього соціального статусу. Підвищення трудової зайнятості жінок стало наслідком збільшення кількості розлучень, появи неповних сімей; актуалізувало проблеми жіночої самотності, алкоголізму, наркоманії та інших проявів соціальних патологій, у тому числі злочинів і правопорушень, самогубств жінок. Виокремились проблеми психологічного та емоційного перевантаження, агресії та насильства, у тому числі сексуального; планування народжуваності, зростання кількості народжень серед неповнолітніх дівчат, поширення ВІЛ/СНІДу тощо. У розв'язанні окреслених проблем, створенні умов для гармонійного поєднання жінками професійного та сімейного життя велику роль почали відігравати соціальні служби.

Зважаючи на те, що зарубіжний досвід організації соціальної роботи з жінками значно довший за часом, багатший за своїми здобутками, ніж український, звернемося до його аналізу. У західній практиці набули поширення такі моделі соціальних служб для жінок:

**Притулки для жінок** (чи так звані „Будинки для жінок”) існують у структурі соціальних служб багатьох зарубіжних країн (Австрія, Велика Британія, Німеччина, Швеція, Франція, США та ін.). Вони функціонують, як і інші соціальні служби згідно з відповідними законодавчими документами, у яких визначено правила користування, фінансування, кадрового забезпечення тощо. Притулок – це місце, де жінка сама або разом із дітьми може тимчасово перебувати, якщо вона зазнала насильства (фізичного, статевого, психологічного) або існує його загроза, у разі іншої небезпеки для її життя, відсутності житла, засобів для існування. Мета діяльності притулків полягає в тому, щоб забезпечити найнеобхіднішою швидкою допомогою та здійснити (повністю чи частково) на подальшому етапі соціальну реадaptaцію жінок. У притулках жінок забезпечують житлом, харчуванням, а також додатковими соціальними послугами.

Як правило, адреса притулку, відомості про його клієнтів не афішуються. Подається інформація лише про телефонний номер, за яким жінка у складній ситуації, стані відчаю може подзвонити в будь-який час.

У притулку одночасно можуть перебувати до кількох десятків (частіше – до 50) осіб упродовж певного терміну. Після першого етапу адаптації соціальні працівники шляхом консультацій, індивідуальної та групової роботи, що спрямована на розробку плану дій на майбутнє, намагаються допомогти жінкам. При цьому точка зору спеціалістів не нав'язується, клієнтки мають самостійно прийти до розв'язання складної ситуації, що склалася в їхньому житті. Наприклад, якщо жінка вирішила розлучитися з чоловіком, працівники соціальної служби допомагатимуть їй розібратися з юридичними проблемами, а також здійснюватимуть соціальну підтримку. При підготовці до виходу зі стін притулку соціальні працівники налагоджують зв'язки із соціальними службами, сім'ями, друзями, центрами професійної освіти. Жінкам може бути запропоновано сприяння в наданні житла, тимчасова матеріальна допомога.

Притулки можуть повністю фінансуватися за рахунок державного чи місцевого бюджету, благодійної допомоги. Але є випадки, коли за перебування в притулку жінка має платити. Проте платня досить невисока. Передбачена система пільг, у тому числі й для дітей.

Існує практика, коли в разі відсутності притулку для жінок визначається цільова квота місць у притулках для емігрантів чи у притулках для спільного перебування осіб обох статей.

Іноді притулки мають спеціалізований характер, наприклад, існують такі притулки, де надають допомогу неповнолітнім матерям чи здійснюють соціальну реадaptaцію жінок – жертв сексуального насильства тощо. Притулки забезпечують психологічну підтримку жінок і пом'якшують наслідки психологічних травм, пов'язаних із подіями, що відбулися.

За оцінками експертів, у США медичні витрати на жертв домашнього насильства становлять 3-5 млрд. доларів на рік. Загальноекономічні витрати доходять до 50 млрд. доларів (низька продуктивність праці, відсутність на робочому місці тощо). Наприкінці 90-их років у країні діяли понад 250 різних програм з боротьби з домашнім насильством, були розроблені та

впроваджувались спеціальні програми з профілактики насильства. Окремі програми орієнтовані на роботу з мамами, діти яких стали жертвами насильства, а також із дітьми, які зазнали насильства з боку однолітків чи дорослих.

Мережа кризових центрів для жертв насильства діє у Великій Британії. Один із таких центрів функціонує в Единбурзі. У ньому надається допомога матерям, чії діти стали жертвами сексуальних злочинів. В Единбурзі також засновано центр боротьби з інцестом, центр допомоги молодим жінками і гаряча лінія телефону довіри, кризовий центр соціальної допомоги. При місцевому відділку поліції функціонують спеціальні відділення, які займаються проблемами дітей і жінок.

Досвід Великої Британії було використано для організації аналогічних центрів у Канаді. Як правило, основними формами роботи в них є тренінги та індивідуальні заняття з жертвами насильства.

**Телефонна служба „Жінки – насильство – інформація”** є ще однією зі служб соціальної допомоги жертвам насильства. Телефонні служби можуть діяти як на загальнонаціональному, так і на локальному рівнях. Як правило, вони розраховані на функціонування протягом доби, забезпечені відповідними технічними засобами, що дає змогу швидко реагувати на кризову ситуацію.

„Гарячі лінії” телефону, до яких в будь-яку хвилину може звернутися кожна жінка, працюють у Франції, США. У бесіді з клієнткою співробітники намагаються з’ясувати, якої саме допомоги вона потребує: надання притулку, консультації лікаря, юриста тощо. Зазвичай, співробітники служби насамперед інформують поліцію про небезпечну ситуацію, що склалася, а потім, у разі необхідності, повідомляють працівників притулку. Таким чином, телефонна служба відіграє роль оперативного посередника, який реєструє екстремальну ситуацію, має змогу обрати в оптимальні строки найефективніші методи реагування. Це дозволяє зняти напруження або пом’якшити його.

**Центри інформації для жінок.** У європейських країнах Центри інформації для жінок є складовими соціальних служб, що підтримуються на загальнонаціональному та регіональному рівнях. Наприклад, у Франції їх діяльність координує Державний Комітет із прав жінок. Такі Центри безкоштовно надають інформацію щодо прав жінок в усіх галузях життя (консультації з сімейного права,

забезпечення права на працю, соціальну допомогу і т.ін.). У Центрі можна довідатись про служби професійної підготовки, різні громадські організації, форми організації дозвілля, ознайомитися з літературою, періодичними виданнями для жінок, використати можливості сучасних інформаційних технологій у пошуку відповіді на той чи інший запит. Центри інформації можуть працювати повний робочий день або у визначений час декілька разів на тиждень. Часто Центри видають власні рекламні листки, публікують інформацію в газетах, організують виставки, інші культурно-просвітницькі акції, заходи.

Інформаційні центри можуть бути комплексними (дають відповіді на різноманітні питання з багатьох аспектів) та спеціалізованими (наприклад, допомагають інформацією та консультаціями з проблем виховання чи здоров'я, наркоманії чи СНІДу), Спеціалізація центру залежить від можливостей регіону, ступеня актуальності тієї чи іншої проблеми, спрямованості інтересів ініціаторів чи фундаторів даної служби.

**Багатопрофільні жіночі центри**, що пропонують комплекс послуг клієнткам, функціонують у багатьох зарубіжних країнах. Вони відрізняються за обсягом послуг, що надаються, кількістю клієнток, механізмами фінансування. Наприклад, у США працює мережа центрів „Жіночий будинок”, перший з яких виник 1979 року, а на початку 90-их років функціонувало вже 20 його філіалів. У межах „Жіночих будинків” реалізуються численні тренінгові програми, діють об'єднання за інтересами (гуртки співів, дизайну, вивчення іноземних мов і т.ін.), проводяться консультації спеціалістів, працюють спортивні та інші секції, надаються сервісні послуги. У центрі працюють психотерапевти, психологі-консультанти, сексологи, соціальні працівники, волонтери. Організовується цілодобова робота „телефону довіри”, групи підтримки для залежних від алкоголю та наркотиків. При „Жіночих будинках” створено Фонд, який, у разі необхідності, сприяє наданню фінансової допомоги для реалізації певного проекту або відкриття власної справи. „Жіночий будинок” співпрацює з медичними центрами та клініками, в яких жінки можуть отримати кваліфіковані консультації та лікування. Фінансування центру здійснюється за рахунок державних коштів, благодійних внесків, плати за оренду приміщень, що здаються у будівлі іншим організаціям.

**Центри планування сім'ї та сімейного виховання** існують у багатьох країнах. Ураховуючи те, що абсолютну більшість їх користувачів становлять дівчата-підлітки та молоді жінки, ці служби можна віднести до системи соціальних служб для жінок.

Мережа таких центрів почала створюватися в перші повоєнні роки, (наприклад, в Англії перші центри почали функціонувати в 1946 році). Основна проблема, на розв'язання якої орієнтована діяльність Центрів, – це збереження репродуктивного здоров'я молоді, запобігання небажаної вагітності серед неповнолітніх і молодих жінок. Сферою діяльності Центрів є питання шлюбних відносин, вагітності, пологів, регулювання народжуваності, консультації щодо венеричних хвороб і СНІДу.

Регламент служб планування сім'ї, перелік послуг, що ними надаються, можуть бути різними, залежно від потужності служби. Іноді локальні Центри працюють у визначений час двічі-тричі на тиждень. Тут можна проконсультуватися з лікарем, психологом, пройти медичне обстеження, ознайомитися з інформацією щодо проблеми, яка виникла чи може виникнути. Такі Центри організовуються за сприяння та з безпосередньою участю спеціалістів медичних установ. У них працюють гінекологи, медичні психологи, акушери, психологи, юристи, соціальні працівники, технічний персонал. Проводяться дискусії, лекції з питань сексуального виховання тощо. Для учнівської молоді та жінок із малозабезпечених верств населення Центри планування сім'ї та сімейного виховання, як правило, надають послуги безкоштовно.

**Центри допомоги молодим матерям** мають на меті надання допомоги молодим, у тому числі неповнолітнім матерям, які опинились у складній життєвій ситуації після народження дитини. Як і притулки, центри вирішують проблеми житла, харчування для неповнолітніх мам, які не мають гідних умов для догляду за дитиною. Але, крім того, центр бере на себе забезпечення медичного догляду за станом здоров'я молодої матері та її дитини, здійснення навчальних і просвітницьких програм. Термін перебування в центрі триваліший порівняно з притулком. Жінка має можливість перебувати в центрі до досягнення дитиною 1,5-2 років. За цей час багато мам встигають пройти курси, на яких їх навчають догляду за дитиною, а також курси професійної підготовки. Перебуваючи в центрі, молода мама має можливість розпочати чи продовжити



працювати, оскільки соціальні працівники надають допомогу в пошуку роботи та в догляді за дитиною.

В окремих навчальних закладах (наприклад, в існуючих у ряді західних країн жіночих коледжах) впроваджено спеціальні програми, мета яких – створити умови для здобуття освіти жінками, що опинилися у скрутних ситуаціях, у тому числі й неповнолітніми мамами та матерями, що самостійно виховують дітей. Передбачено спеціальний штат, співробітники якого допомагають матерям поєднувати догляд за дітьми з навчанням. Такі програми, що мають соціальну значущість, фінансуються урядом штатів, федеральним урядом, а також благодійними фондами і спонсорами.

Усе більшого поширення набувають сьогодні у високорозвинених країнах програми дистанційного навчання. Серед тих, хто має особливу потребу в отриманні освітніх послуг за допомогою дистанційного навчання, виокремлюються категорії домогосподарок і жінок, які перебувають у відпустці по догляді за дитиною.

**Спеціалізовані служби, що займаються розв'язанням проблем жіночого безробіття,** можуть створюватись як окремо для жінок, так і у структурі служби, послугами якої користуються і чоловіки, і жінки, шляхом виокремлення співробітників, що відповідають за роботу з жінками. Як правило, з клієнтками працює спеціаліст-жінка, котра на підставі вивчення ситуації визначає найбільш актуальні завдання і вносить пропозиції щодо проектів для їх реалізації.

Профільована соціальна служба задовольняє потреби у проведенні консультацій, надає конкретну допомогу у здобутті професійної освіти, отриманні роботи, стажуванні. У разі необхідності, за допомогою психологів уточнюються нахили, здібності клієнтки. Потім дівчину (чи жінку) можуть направити, залежно від результатів тестування, особистих побажань і можливостей служби, на курсову підготовку або перекваліфікацію.

На думку спеціалістів, для клієнток служби характерні нездатність чітко сформулювати свої професійні плани, „комплекс дитини”, яка боїться приймати самостійні рішення. Завдання соціальних працівників полягає в тому, щоб отримати якомога повнішу інформацію щодо проблеми клієнтки, а потім у ході взаємодії з нею, стимулювати її внутрішній потенціал, сформувати

бажання допомогти собі, визначити подальші перспективи життя, можливі виходи з ситуації, що склалася.

Служби, що займаються розв'язанням проблем жіночого безробіття, мають інформаційний банк даних про наявність робочих місць і центри, які здійснюють професійну підготовку, перепідготовку, стажування, у тому числі спеціальні програми з професійної підготовки жінок.

Важливою складовою кожної програми з професійної підготовки є психологічні тренінги, курси, які допомагають жінці позбутися комплексу неповноцінності, повірити в свої сили. З цією ж метою приділяється увага демонстрації „живих прикладів” із числа жінок, котрі, наприклад, у минулому були безробітними, а в даний час досягли успіхів у професійній діяльності.

У західній практиці приділяється велика увага підготовці жінок до підприємницької діяльності. Розвиток та підтримка жіночого бізнесу, з одного боку, сприяє поліпшенню добробуту суспільства, адже завдяки цьому набуває розвитку соціальна інфраструктура, в якій, як правило, створюють свої підприємства жінки; а з іншого – жінка-підприємець стає економічно незалежною й при цьому часто отримує можливість працювати за гнучким графіком, що полегшує виконання професійних та материнських обов'язків.

Для потреб жінок також функціонують **тренінгові центри**, у яких використовується роздільний метод навчання („тільки для жінок”), оскільки в таких умовах, як доведено досвідом і дослідженнями, жінки почуваються комфортніше, отже, процес навчання здійснюється з більшою ефективністю. Модуль тренінгу має на меті сприяти подоланню бар'єрів, що заважають досягти успіху у професійній галузі. Складовими модуля є декілька компонентів, серед яких: а) жінка в суспільстві, включаючи висвітлення питань щодо патріархальних стереотипів по відношенню до жінки взагалі та жінки на робочому місці, зокрема; б) особистісний розвиток; в) жіноче підприємництво і самозайнятість як альтернатива безробіттю; г) забезпечення ефективної та довгострокової роботи підприємства.

Ще однією ефективною формою соціальної допомоги жінкам є **бізнес-інкубатор**, який одночасно виступає як підприємство, соціальна служба і навчальний центр. У межах бізнес-інкубатора розташовані офіси, можуть бути й підсобні приміщення. Як правило,

плата за оренду приміщень тут нижча, ніж в інших місцях. До того ж, жінки-підприємці можуть користуватися сервісними послугами (факсами, електронною поштою, телефонами, залами засідань тощо). Це робить утримання офісу значно дешевшим. Адміністрація бізнес-інкубатора реалізує навчальні програми, організовуються консультації спеціалістів (юристів, психологів, аудиторів та ін.). Також використовуються взаємні можливості клієнтів, принцип взаємодопомоги, здійснюється обмін досвідом і контактами. У бізнес-інкубаторах проводяться тренінгові курси для майбутніх жінок-підприємців.

Фінансування бізнес-інкубаторів здійснюється частково за рахунок держави, місцевих органів самоврядування, а також відрахування з боку кожної жінки-підприємця. Ці кошти покривають видатки на утримання адміністрації бізнес-інкубатора та його матеріальне забезпечення. Названі структури використовують і спонсорські внески тих, хто за допомогою бізнес-інкубатора успішно продовжує власну справу.

**Соціальна допомога неповним сім'ям** розглядається як вагома складова у вирішенні проблеми бідності. Кількість і питома вага неповних сімей в усіх індустріально розвинених країнах постійно зростають. Переважну більшість серед них становлять сім'ї, в яких діти живуть разом із матір'ю. Національні стратегії надання матеріальної та соціальної допомоги неповним сім'ям різняться між собою за обсягом і характером. Узагальнюючи існуючий досвід, можна зазначити, що, крім завдання по забезпеченню прожиткового мінімуму, медичного обслуговування матері та дитини, на думку фахівців, перспективними напрямками діяльності соціальних служб є стратегія, спрямована на поєднання батьківських і професійних ролей, яка характерна, наприклад, для Швеції. У цій країні впроваджено програми, що стимулюють здобуття освіти, перекваліфікацію, забезпечують зайнятість, у тому числі самотніх матерів із маленькими дітьми. На відміну від деяких інших європейських країн тут самотня мати одержує допомогу не на своє утримання, а лише на утримання дитини. Проте держава забезпечує матеріальну підтримку навчання чи перекваліфікації, необхідних для пошуку в майбутньому краще оплачуваної роботи. Для самотніх батьків створюються різноманітні форми позасімейного догляду за дітьми (у тому числі у вихідні дні та вечірній час), що створює додаткові можливості для підвищення

професійної кваліфікації, особистісного розвитку. Кожному з батьків (а не тільки матері) виплачуються лікарняні по догляду за дитиною та дні, необхідні для відвідування школи. Батьки дошкільників мають право на скорочений робочий день. У випадках, коли самотні матері не отримують аліментів, їм виплачують значні кошти для забезпечення належного прожиткового рівня.

Варто додати, що навіть у випадках розлучень використовуються можливості для заохочення участі обох батьків у процесі виховання дитини. Так, зокрема, в Парижі під патронатом мерії організуються Дні зустрічі батьків (чоловіків) із дітьми, які після розлучення батьків проживають із матерями.

У європейських країнах, а також США державну підтримку мають програми, які заохочують встановлення тимчасового опікунства (фостерінгу) над неповнолітніми матерями з дітьми, а також над дітьми з неблагополучних сімей. Порівняно із спеціальними службами, що займаються проблемами неповнолітніх мам, кількість організацій, орієнтованих на допомогу неповній „дорослій” сім'ї, є значно меншою. Переважна більшість із них функціонує на рівні громад, за місцем проживання.

Одна з таких служб – „Центр ресурсів для самотніх батьків” діє в Нью-Йорку. Це незалежне неприбуткове агентство надає соціальні послуги, юридичну підтримку, а в разі необхідності й захист самотнім батькам. Організація допомагає здійсненню у громаді програм цього профілю. У цьому агентстві самотні матері можуть, зокрема, отримати консультацію та захист адвоката, юриста, підготувати за допомогою спеціалістів необхідні документи. Існують спеціальні програми для самотніх матерів без певного місця проживання, а також для тих, хто перебуває в тюрмах.

Досить поширеним явищем у США стало створення успішно діючих **груп самопомоги**, ініційованих розлученими і досить забезпеченими жінками середнього класу. Однією з масштабних недержавних організацій, що об'єднує такі групи, є „Батьки без партнерів”. Члени товариства допомагають один одному в організації канікул, відпусток, вихідних днів, обмінюються педагогічним досвідом, випускають свій журнал, радіопрограму, утримують книгозбірню. У разі необхідності організація надає юридичну підтримку, а також виступає з законодавчими ініціативами, в яких захищає інтереси своїх членів.

Групи підтримки на рівні громади – це, як правило, групи з 12-15 осіб, котрі декілька разів на місяць організують зустрічі з самотніми батьками. На таких зустрічах обговорюються різні проблеми взаємовідносин з дітьми-підлітками або членами сім'ї в минулому й сьогоднішній, конфліктні ситуації та шляхи їх подолання, стратегії особистісного росту.

У США створено безліч освітніх програм, які мають на меті надання психолого-педагогічної допомоги всім батькам з дітьми, у тому числі й самотнім. Ці програми діють при сімейних службах, державних і приватних школах, лікарнях, церквах.

**Соціальні та освітні програми для жінок, які скоїли злочин,** спрямовані на корекцію поведінки, підготовку до гідного життя після повернення на волю, профілактику правопорушень. Виходячи з цього, головним завданням соціальної та виховної роботи стає збереження почуття людської гідності, особистісний розвиток.

Вивчення та узагальнення зарубіжного досвіду є важливим та цінним для розвитку і становлення соціальної роботи з жінками в Україні. Ціла низка презентованих моделей західного досвіду поки що залишається перспективною для практики соціальної роботи в нашій країні. Але треба зазначити наявність позитивних змін, що відбуваються протягом останнього десятиріччя.

Сьогодні основні завдання державної політики в Україні стосовно жінок полягають у тому, щоб:

- узгодити позиції документів державної нормативно-правової бази щодо становища жінок з вимогами міжнародного законодавства для забезпечення дотримання прав жінок в єдності з правами та основними свободами людини;
- створити правові норми, необхідні для здійснення на практиці конституційного принципу рівних прав та рівних можливостей;
- забезпечити умови для повноправної участі жінок у прийнятті рішень на всіх рівнях управлінської діяльності;
- відроджувати і розвивати історичні, культурні, духовні традиції ставлення до жінки в суспільстві;
- формувати громадську думку щодо державної політики стосовно жінок;
- сприяти забезпеченню та контролю за дотриманням рівних прав на ринку праці; забезпечити охорону здоров'я жінок та безпечне материнство;

- відпрацювати нормативні акти та механізми їх втілення для запобігання насильству стосовно жінок;
- підвищувати правову грамотність жінок стосовно їх власних юридичних прав;
- забезпечити координацію дій та заходів державної політики щодо жінок на національному, регіональному та міжнародному рівнях.

Новий етап у роботі з жінками розпочався у 1996 році, коли в Україні було створено Міністерство України у справах сім'ї та молоді – вищий орган державного управління, покликаний формувати політику щодо жінок. У 1999 році Верховна Рада схвалила Декларацію про загальні засади державної політики України стосовно жінок та сім'ї та Концепцію державної сімейної політики. Указом Президента України від 24 січня 2001 р. була затверджена національна програма „Діти України” на період до 2005 р., „Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999-2003 рр.”, Національна програма „Репродуктивне здоров'я 2001-2006”. Урядом України прийняті ряд концепцій і програм щодо розвитку охорони здоров'я населення України, а також Довгострокова програма поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства (1992 р.); Національна програма планування сім'ї (1995 р.); Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності в суспільстві на 2001-2005 рр. (2001 р.), Концепція безпечного материнства (2002 р.).

Напрями державної політики стосовно жінок відображено на рис. 5.

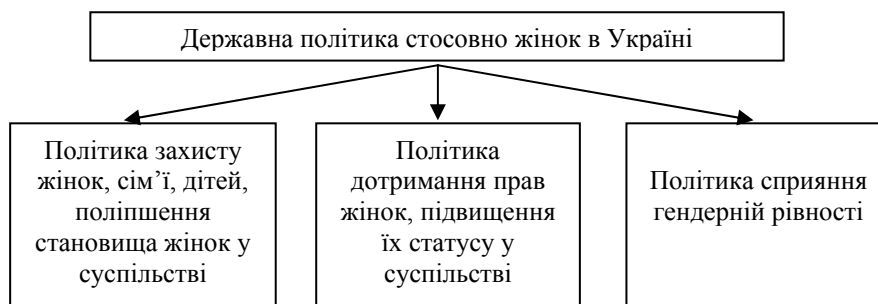


Рис. 5. Соціально-політичні орієнтири державної політики щодо жінок в Україні

Державне управління, формування державного механізму поліпшення становища жінок передбачає необхідність утворення, крім центральних органів влади, відповідних структур на місцях. У всіх обласних та міських державних адміністраціях створено управління (відділи) у справах сім'ї та молоді. Вони забезпечують реалізацію на відповідній території державної політики з питань статусу жінок і підвищення їхньої ролі у суспільстві, рівних можливостей для участі жінок і чоловіків у всіх сферах життя.

Говорячи про гендерні напрями соціальної роботи в Україні, можна виділити три типи **завдань** у галузі надання допомоги жінкам: з їхнього **порятунку, підтримки функціонування та розвитку** (рис. 6).

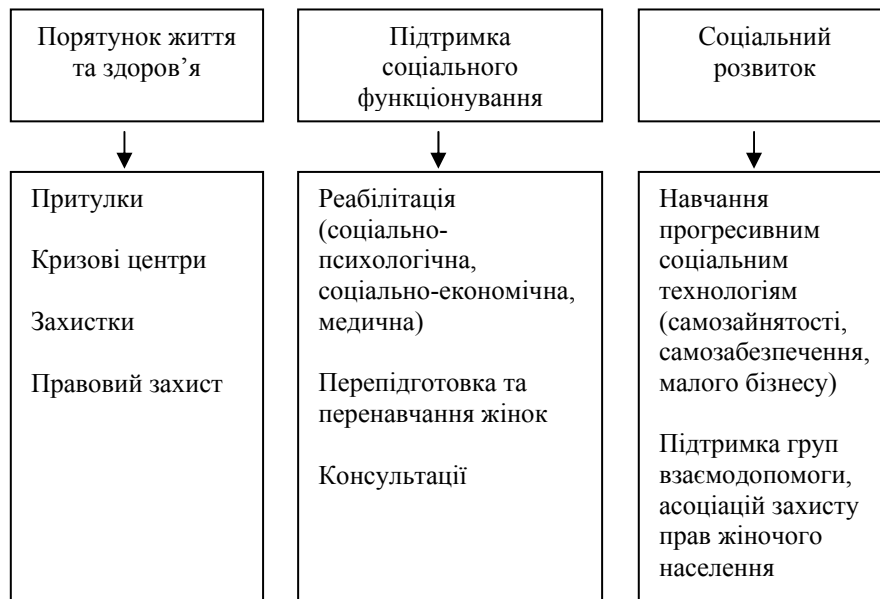


Рис. 6. Завдання соціальної роботи щодо надання допомоги жінкам

У конкретних індивідуальних і соціальних умовах на передній план виходить та чи інша група завдань.

Так, у разі реальної небезпеки для життя і здоров'я жінок та дітей можуть використовуватися притулки-стаціонари, кризові центри, захистки з комплексом соціальних послуг (психологічна і медична реабілітація, юридичне консультування і правовий захист,

допомога в отриманні чи відновленні документів тощо). Звичайно, надання допомоги в надзвичайних умовах не вирішує соціальних проблем як таких, але здатне іноді врятувати життя жінок та дітей.

Підтримка соціального функціонування носить більш довгостроковий характер, і потреба в ній визначається складнішою сукупністю причин. Відповідно і технології, що застосовуються при цьому, різноманітніші: соціально-психологічна, соціально-економічна, медична реабілітація і підтримка жінок у складній життєвій ситуації, перепідготовка або перенавчання їх більш потрібним професіям, консультації та правова допомога для захисту їхніх прав. Такі заходи можуть бути доцільними у випадку сімейних конфліктів чи майнових суперечок, у будь-якій ситуації, коли через недосконалість нормативної бази чи особливості свого соціального статусу жінки знаходяться у вразливому становищі.

Соціальний розвиток може забезпечуватися через інформування жінок, навчання їх прогресивним особистісним вмінням і соціальним технологіям, включаючи технології самозайнятості і самозабезпечення, малого бізнесу. Важливе значення має підтримка груп самопомоги і взаємодопомоги, асоціацій захисту громадянських, соціальних та інших прав різних категорій жіночого населення.

Легко помітити, що всі ці завдання, як правило, виконуються соціальними працівниками спільно із співробітниками різних сфер соціального комплексу – правоохоронними органами, службами зайнятості, медичними та освітніми установами тощо. При цьому формами соціальної роботи з жінками можуть виступати:

**Надання екстреної соціальної допомоги:** полягає в разовому, одиничному сприянні особі або сім'ї, які опинилися в тяжкому стані, шляхом видачі грошей, продуктів або речей. Подібна допомога може бути надана не тільки маргінальним верствам, але й, наприклад, громадянам, котрі потрапили в чуже місто і обкрадені там.

**Адресна соціальна допомога:** надається малозабезпеченим верствам населення і полягає також у видачі грошей, продуктів і речей, але може надаватися неодноразово, навіть регулярно. Одержувачами цих видів допомоги можуть бути різні категорії населення, в першу чергу представники соціально неблагополучних сімей.

**Соціальний притулок, соціальний готель** – установи соціальної допомоги стаціонарного типу. У цих установах надається



можливість тимчасового перебування для осіб, які потрапили у важку життєву ситуацію, в першу чергу для дітей і жінок. Клієнти таких установ можуть сховатися в них від сімейної жорстокості, а співробітники надають їм соціально-психологічну допомогу, юридичні послуги, допомагають у разі потреби в захисті власних прав, у працевлаштуванні.

Особлива функція таких готелів – **допомога неповнолітнім вагітним**, для яких їхній стан нерідко обертається необхідністю втечі з дому та школи. Соціальні установи проводять не тільки медичну та соціально-психологічну реабілітацію таких клієнтів, але надають допомогу у подальшому життєустрої, включаючи сприяння в отриманні житла, продовженні освіти, працевлаштуванні, влаштуванні при необхідності в сім'ю новонародженої дитини, якщо неповнолітня мати відмовляється від неї.

**Захист від домашньої жорстокості:** в умовах нестационарної установи повинен поєднуватися, як правило, з діяльністю правоохоронних органів та установ соціального обслуговування. Перші припиняють насильство, другі надають реабілітаційну, юридичну та інші види допомоги його жертвам. Він полягає в морально-психологічній реабілітації, інформаційно-консультативній допомозі про права жертви і соціальні ресурси для їх захисту.

Ефективною технологією є створення **терапевтичних груп** з осіб, що зазнали сімейного насильства, члени яких найкращим чином можуть підтримати один одного, досягти більш високих результатів під керівництвом фахівця з соціальної роботи в корекції своєї особистості, в захисті своїх соціальних інтересів.

Більш високий рівень роботи – перехід терапевтичних груп у статус **груп самопомоги**, тобто об'єднань клієнтів, що мають більш тривале існування, більш широке коло проблем, сильніше впливають на особистість своїх членів. Сприяння соціального працівника у створенні таких груп означає, що з розряду об'єктів впливу його клієнти переводяться в ранг суб'єктів, вони рівноправно беруть участь у вирішенні власних проблем.

Іноді це рішення може бути здійснене тільки на рівні корекції особистісного сприйняття, коли не змінюються травмуючі обставини, але змінюється їх сприйняття клієнтом. Так, група „дружини алкоголіків” лише опосередковано може вплинути на згубну пристрасть своїх чоловіків, але клієнтки ставлять своєю метою вчитися бути щасливими і в умовах пияцтва чоловіка.

Надання жінкам **сприяння у плануванні сім'ї**: полягає в багатосторонній діяльності ряду установ, перш за все медико-соціальної реабілітації, які надають консультативну та інформаційну допомогу, розповідаючи про існуючі методи контрацепції і рекомендуючи найбільш підходящі. Крім того, проводиться ідеологія планування сім'ї, пропагуються розумні підходи в цій області, переваги свободи вибору стратегії і технології контрацепції.

Підліткам надається діагностична допомога, проводиться сексуальне виховання, дається інформація про різні сторони стосунків між чоловіком і жінкою, про можливість звернутися за різними видами допомоги в існуючі медичні, соціальні або інші установи.

**Соціально-трудова реабілітація** жінок в умовах безробіття або загрози безробіття полягає у наданні соціально-психологічної підтримки жінці, фрустрованій своїм ущербним становищем на ринку праці. Крім того, їй надається інформаційна та організаційна допомога в пошуках нового місця роботи. Для кращої адаптації до нових умов розгортається діяльність з перепідготовки та перенавчання жінок дефіцитним або більш потрібним професіям, хоча в умовах загальної кризи економіки все важче виявляється вишукувати ці професії. Зрозуміло, в такій діяльності необхідна тісна координація зусиль установ соціального обслуговування і служб зайнятості.

**Сприяння самопомозі та самозайнятості** жінок виражається у створенні в ряді центрів соціального обслуговування цехів, майстерень, дільниць трудотерапії, в рамках яких жінки і дівчатка-підлітки мають можливість навчитися трудовим операціям; продукція цих цехів надходить у продаж, а кошти використовуються на поліпшення життя клієнтів. Нарешті, нерідко вони стають самостійними виробництвами, які крім первинних завдань надають робочі місця для соціально вразливих категорій населення.

Таким чином, визначаються **основні напрями соціальної роботи і соціального захисту жінок**:

1. Розробка законодавчих і нормативно-правових актів відповідно до міжнародних документів ООН і Ради Європи.
2. Профорієнтація, працевлаштування і професійна перепідготовка.
3. Створення спеціальних закладів, установ, реалізація форм і методів соціальної і соціально-психологічної реабілітації жінок.

4. Створення навчальних матеріалів, видань, інформаційної літератури щодо захисту прав жінок, діяльність ЗМІ у сфері висвітлення гендерних питань.
5. Культурно-просвітницька робота, спортивно-оздоровча діяльність, поліпшення фінансового становища.
6. Здійснення наукових досліджень.
7. Проведення семінарів, курсів, тренінгів з питань захисту прав жінок.
8. Співпраця державних і недержавних організацій та установ.

В Україні для реалізації державної політики щодо жінок сформувалася **система державних інституцій**, які здійснюють повноваження у сфері охорони дитинства і материнства:

- місцеві державні адміністрації (загальне керівництво, визначення та реалізація місцевих програм): управління соціального захисту, управління охорони здоров'я, управління освіти, служби у справах неповнолітніх, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- медичні заклади (центри медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, будинки дитини, центри планування сім'ї, здоров'я жінок);
- заклади догляду, освіти та виховання (притулки для неповнолітніх, загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації, загальноосвітні школи та інші заклади середньої освіти, дитячі будинки);
- соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді (спеціалізовані соціальні служби, заклади соціального спрямування, групи добровільних помічників у соціальній роботі);
- місцеві органи та заклади, які не підпорядковуються місцевим державним адміністраціям: правоохоронні органи та заклади корекції (кримінальна міліція у справах неповнолітніх, виховно-трудова колонія, приймальники-розподільники для неповнолітніх), судові органи (суди, судові вихователі).

Крім того, з метою вирішення проблем жінок та надання різних видів соціальної допомоги жіночому населенню поряд із державними установами в Україні працює цілий ряд громадських благодійних організацій.

До традиційної групи жіночих організацій відноситься „Спілка жінок України”. Вона створена на основі жіночих рад – єдиної

жіночої організації, яка існувала за радянської політичної системи. Тоталітарному режиму був властивий контроль над усіма сферами життя суспільства. За таких умов система жіночих рад як громадських організацій формально існувала та фактично не мала самостійності. Жіночі ради перебували під впливом комуністичної партії, що визначило їхні функції. Жіночі ради не відігравали роль виразника інтересів жінок. Навпаки, через жіночі ради партія-держава впливала на сферу приватного життя, керувала жінками незалежно від їхньої партійної приналежності. Жіночі ради у своїй діяльності набули суто партійного характеру. Маючи значний досвід організаційної роботи, усвідомлюючи неможливість існування старої структури організації за нових соціально-політичних умов, що склалися в кінці 80-х – на початку 90-х років, керівництво жіночих рад у вересні 1990 року виступило з ініціативою їхньої реорганізації. 1990–1992 рр. стали періодом структурного переоформлення системи жіночих рад. За цей час були проведені регіональні конференції в усіх областях України і період структурного оформлення організації завершився реєстрацією Мініюстом України у 1993 р.

Головними завданнями організації стали:

- досягнення рівності жінок та чоловіків;
- захист жінок в умовах ринку;
- сприяння створенню та розвитку жіночого малого бізнесу та ін.

Організаційна структура СЖУ не передбачає індивідуального членства і складається з обласних, міських, районних та первинних жіночих рад.

Організація СЖУ є співзасновником СП „Калина”, що успішно працює на ринку України. З 1992 р. діє Координаційна Рада жінок-підприємниць при СЖУ. Іншим важливим видом допомоги жінкам і безробітним є створення різних жіночих тренінгів для перекваліфікації і підвищення фахових знань у підприємстві. У 1995 р. „Спілка жінок України” започаткувала Центр „Ділова жінка. Основи підприємницької діяльності”, де за два роки пройшли перенавчання понад 300 жінок, значна частина яких організувала власну справу.

Різноманітна за змістом економічна діяльність жіночих рад у різних регіонах України. Так, Судакська районна жіноча рада створила експериментальний клуб „За права жінок”, головною метою якого стало залучення жінок-лідерів та їх підготовка до

роботи в малому бізнесі. Херсонська обласна рада жінок співпрацювала з виробничо-комерційною фірмою „Галина”. На основі Луганської жіночої ради у кінці 1994 р. створено Клуб ділових жінок з метою об’єднання зусиль жінок-підприємниць.

Значну увагу СЖУ приділяє благодійному напрямку діяльності: проведення для дітей сиріт Міжнародних фестивалів „Музи і діти”, свята Святого Миколая, допомога оздоровленню дітей та ін. СЖУ постійно бере участь у теле- і радіомарафонах, надає допомогу дитячим творчим колективам, людям похилого віку, які живуть в інтернатах, жінкам-ветеранам Великої Вітчизняної війни, окремим відвідувачам, які потрапили у скрутне становище. СЖУ підтримує тісні контакти з законодавчими, урядовими та президентськими структурами, із засобами масової інформації – жіночим журналом „Жінка”, телебаченням (особливо в регіонах), видає свою газету „Я, ти, ми”, організує зустрічі з жінками-депутатами.

Захист соціальних, економічних та політичних прав жінок та їх сімей, допомога жінкам, які потрапили у скрутне становище, – ці проблеми визначили діяльність ряду жіночих благодійних фондів, до яких належать: Міжнародний жіночий благодійний фонд „За виживання”, Міжнародний благодійний фонд Святої Марії, Всеукраїнський благодійний фонд „Жіноча доля”, Київський жіночий фонд „Панночка”, Харківський міський жіночий фонд, Херсонський жіночий фонд, Тернопільська благодійна організація „Українська родина” та інші.

Соціально орієнтовані жіночі організації – це найбільша за кількістю група організацій. Вони не виявляють активності у відстоюванні жіночих прав, а орієнтуються на вирішення нагальних соціальних проблем. Орієнтація на соціальний захист маргінальних категорій населення, соціальну роботу об’єднала навколо цих організацій різні категорії жінок і створила ґрунт для співпраці жінок та чоловіків.

У складних матеріальних умовах певна частина жінок вдалася до активних пошуків шляхів економічного виживання. Їх економічна активність виявилася у створенні об’єднань економічного характеру на ґрунті ділових стосунків. Першим таким об’єднанням ділових жінок була Київська федерація ділових жінок „Либідь”, створена наприкінці 1990 р. при Київському фонді милосердя і здоров’я. Основним напрямком роботи федерації стала добродійна діяльність.

Проведення благодійних фестивалів з жіночої проблематики, допомога маргінальним категоріям населення, сприяння жінкам у вдосконаленні та розвитку їх можливостей входження у ринкову економіку та ін. знаходять розвиток у діяльності жінок. Федерація „Либідь” організувала стажування за кордоном жінок-підприємниць для набуття ними практичних навичок в управлінні приватизованими підприємствами, реалізує довгостроковий проект „Адаптація жінок в умовах нової економічної ситуації в Україні”.

У листопаді 1995 р. у Києві була створена добровільна, неполітична організація дівчат та молодих жінок – Асоціація гайдів України, яка співпрацює з Всесвітньою асоціацією гайдів. За період свого існування АГУ провела більше 10 семінарів-тренінгів на регіональному та міжнародному рівні, конференції молодих жінок-лідерів. У вересні 1996 р. проведена всеукраїнська благодійна акція допомоги дітям інвалідів та започатковане друковане видання організації „Гайдівський трилисник”. 1997 р. позначився створенням Всеукраїнського гайдівського клубу веселих і кмітливих під назвою „Дівочий переполох” та літнього гайдівського табору, в якому відпочивають представниці 15 областей України.

Наступним кроком на шляху до консолідації жіночого руху стала всеукраїнська конференція „Стратегії Четвертої Всесвітньої конференції зі становища жінок і програма дій в Україні” (1996 р.), ініційована Програмою розвитку ООН в Україні. Конференція, що збрала 350 учасниць із 50 жіночих організацій, накреслила основні напрямки співпраці: поєднання зусиль всеукраїнських та регіональних організацій, спільне проведення різного роду науково-практичних конференцій, семінарів, диспутів, круглих столів з питань підготовки жінок до участі в управлінні на різних рівнях, обміну досвідом роботи та інформації з проблем жіночого руху, розвиток зв'язків між усіма громадськими організаціями; видання відповідного інформаційного бюлетеня; участь у роботі благодійних фондів для організації навчання, відпочинку та оздоровлення дітей, особливо тих, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС; патронажна діяльність тощо.

На чітко визначених національно-культурних позиціях будує свою діяльність „Союз Українок”, що відновив роботу з кінця 80-х років у західних областях, а згодом і на всій території України. Проблеми поліпшення становища жінок „Союз Українок” пов'язує з національним відродженням, з творенням національної самостійної

держави та громадянського суспільства. В умовах бездержавності реальна рівноправність між жінками та чоловіками, на думку організації, неможлива. Основна мета організації – спрямування творчих сил українського жіноцтва на відродження та утвердження в суспільстві історичних святинь, ідеалів та духовної культури українського народу. Статут „Союзу Українок” визначив організацію як благодійну та громадсько-просвітницьку.

„Союз Українок” проводить широку культурно-просвітницьку роботу, відзначає національні свята та пам’ятні дні. В усіх містах, де створені осередки організації, з 1989 р. відзначається „День Матері”, працюють недільні релігійні школи для дітей, проводяться щорічні педагогічні читання, присвячені науковій спадщині С. Русової та ін. У 1993 р. у Львові відкрилася бібліотека „Союзу Українок”, де представлені книжки та документи з питань українського жіночого руху. Широкого розголосу набули науково-практичні конференції „Союзу Українок”.

Традиційні завдання були покладені в основу діяльності „Жіночої Громади” на етапі її створення. Вважаючи себе спадкоємицею благодійних традицій українського жіночого руху початку ХХ століття, „Жіноча Громада” ставила завдання відродження української нації, сприяння розбудові громадянського суспільства, утвердження абсолютної цінності життя і самобутності людини, підвищення соціального статусу жінки в країні, подолання дискримінації жінок, виховання жінок – державних та громадських лідерів, сприяння духовному розвитку жіночого соціуму. „Жіноча Громада” була третьою організацією після Руху та Просвіти, яка в кінці 80-х років виступила за необхідність проголошення незалежності української держави. „Жіноча Громада” має статус міжнародної організації, її осередки діють у Чехії, Росії та Франції.

У 1997 р. „Жіноча Громада” спільно з агенцією „Formaper” при Міланській Торговій Палаті й матеріальній підтримці TACIS-BISTRO (представництво ЄС) розпочала школу-тренінг для жінок-тренерів з основ малого бізнесу. Маркетинг, фінанси, робота з психологами, вміння юридично правильно скласти бізнес-план – всьому цьому навчалися українські жінки за новітньою програмою, ухваленою Комісією Європейського Союзу.

Крім того, значну увагу організація приділяє програмі „АнтиСНІД” та виданню брошур „Молоді про СНІД”.

Отже, діяльність громадських організацій щодо захисту прав жінок значною мірою сприяє вирішенню значної кількості жіночих проблем.

Сучасні цивілізовані держави, у тому числі й Україна, засуджують дискримінацію по відношенню до жінок в усіх її формах та зобов'язуються проводити політику по ліквідації дискримінації. В основу такої політики має бути покладений конституційний принцип рівноправності чоловіка та жінки та встановлені дійові юридичні гарантії захисту прав жінок на рівній з чоловіками основі. У суспільстві повинна відбутися зміна соціокультурної моделі поведінки чоловіка і жінки з метою викорінення звичаїв та практики, що ґрунтуються на ідеї неповноцінності або меншовартості однієї статі. Держава повинна забезпечити таке сімейне виховання, що включає в себе розуміння материнства як важливої соціальної функції та визначення спільної відповідальності чоловіка та жінки за виховання та розвиток своїх дітей.

Довгий час жінка не мала рівних з чоловіком політичних прав і не була допущена до участі в управлінні державою. Сучасне розуміння державної політики в цій сфері повинно включати забезпечення права жінки брати участь у виборах та референдумах та обиратися до всіх виборних органів; формулювати і здійснювати державну політику та займати державні пости всіх рівнів, брати участь у діяльності неурядових організацій та асоціацій, що займаються проблемами суспільно-політичного життя країни. На міжнародному рівні жінка має можливість без будь-якої дискримінації представляти свою країну та брати участь у роботі міжнародних організацій.

Держава повинна надавати жінкам рівні права із чоловіками стосовно громадянства. На громадянстві жінки не повинні відображатися ані укладання, ані розірвання шлюбу з іноземцем, ані зміна громадянства чоловіка під час шлюбу.

У галузі освіти рівність чоловіка та жінки повинна бути забезпечена однаковими умовами при виборі майбутньої професії чи спеціальності, рівності доступу до освіти, до однакових навчальних програм, іспитів, викладацького складу однакової кваліфікації, шкільних приміщень та обладнання. Жінка повинна мати рівні можливості для отримання освіти, однакові можливості для доступу до післядипломної освіти та інших програм, що спрямовані на якнайшвидше скорочення розриву в знаннях між чоловіками та



жінками. Жінка повинна мати рівні з чоловіком можливості для активної участі в заняттях спортом та фізичною підготовкою, а також доступ до спеціальної інформації освітнього характеру з метою забезпечення здоров'я та добробуту родини, включаючи інформацію та консультацію про планування сім'ї.

Визнаючи право на працю як невід'ємне право кожної людини, держава повинна створити однакові можливості при прийнятті на роботу чоловіка та жінки, при просуванні, а також на гарантію зайнятості. У трудових відносинах жінка має право на рівну винагороду за працю, включаючи отримання пільг, а також на рівний підхід до оцінки якості роботи.

Жінка має право на соціальне забезпечення, у тому числі у випадку виходу на пенсію, безробіття, хвороби, інвалідності, по старості та в інших випадках, а також право на оплачувану відпустку.

Жінка має право на охорону здоров'я та безпечні умови праці, в тому числі по збереженню функції продовження роду. Законодавчо заборонено звільнення з роботи жінки на підставі вагітності або відпустки по вагітності та пологах, а також будь-яку дискримінацію через сімейний стан при звільненні.

Не допускається робота вагітної жінки на небезпечних роботах, а також понаднормові роботи та роботи в нічний час. Держава надає вагітній жінці оплачувану відпустку по вагітності та пологах, а також визначені законом соціальні допомоги у зв'язку з народженням дитини. Для забезпечення можливості батькам поєднувати виконання сімейних обов'язків із трудовою діяльністю та участю у громадському житті держава створює та підтримує мережу закладів по догляду за дітьми.

Жінка має рівні з чоловіком можливості брати участь у заходах, що пов'язані із відпочинком, заняттями спортом та в усіх сферах культурного життя.

Держава забезпечує рівність чоловіка та жінки перед законом. Вони мають однакову цивільну правоздатність та однакові можливості для її реалізації. Забезпечується рівноправність при укладанні договорів та в управлінні майном, отриманні позик та інших форм фінансового кредиту. Держава гарантує рівне ставлення до чоловіка та жінки на всіх етапах судового розгляду.

У сфері шлюбно-сімейних відносин жінка та чоловік мають рівні права при укладанні шлюбу, право на вільний вибір та на вступ до шлюбу лише за своєї повної та вільної згоди.

У період шлюбу та при його розірванні подружжя має рівні права та обов'язки. Подружжя повинно спільно відповідально вирішувати питання про кількість дітей та періоди між їх народженням. По відношенню до виховання дітей жінка і чоловік мають рівні права та обов'язки, інтереси дітей є домінуючими у всіх випадках. Заручини та шлюб дитини не мають юридичної сили, держава повинна докладати зусилля для визначення мінімального шлюбного віку та обов'язковості реєстрації актів громадянського стану.

Подружжя має рівні особисті права, в тому числі право вибору прізвища, професії, роботи. У економічній сфері – володіти, користуватися та розпоряджатися майном як безоплатно, так і за оплату.

З метою забезпечення захисту прав жінки на міжнародному рівні в Економічній та Соціальній Раді ООН з 1946 р. діє Комісія із становища жінок. А у зв'язку з прийняттям Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 р. – Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок.

Однак необхідність подальшого правового регулювання у сфері захисту прав жінок ще зберігається, бо зберігаються ті причини, що обумовлюють виділення жіночого питання в самостійну проблему, яка потребує подальшого вивчення та пошуку нових шляхів її подолання.

**Ключові поняття:** гендер, гендерна культура, гендерна рівність, гендерна дискримінація жінок, притулки для жінок, центри інформації для жінок, багатопрофільні жіночі центри, центри планування сім'ї та сімейного виховання, центри допомоги молодим матерям, спеціалізовані служби з проблем жіночого безробіття.

**Питання та завдання:**

1. Розкрити поняття „гендер”, „гендерна культура”.
2. Охарактеризувати основні міжнародні та вітчизняні нормативно-правові акти, які гарантують захист прав жінок та гендерну рівність.
3. У чому проявляється дискримінація жінок у суспільстві.
4. Надати аналіз закордонного досвіду роботи соціальних служб, що надають допомогу жінкам.

5. У чому полягає сутність основних завдань у галузі надання допомоги жінкам в Україні?
6. Які форми соціальної роботи з жінками на сьогоднішній день можна вважати найбільш актуальними? Обґрунтувати відповідь.

**Практичне завдання.** Підготувати доповідь про діяльність громадських благодійних організацій, метою яких є захист прав жінок в Україні.

### 3.2. Соціальна робота з людьми похилого віку

Вікова типологія соціальної роботи ґрунтується на соціологічних характеристиках вікової структури населення, під якою розуміється співвідношення численності різних вікових груп населення, що створює базу для будь-яких розрахунків як демографічного, так і соціального й економічного характеру. Вікова структура населення формується під впливом природного й механічного руху населення, людських втрат у період природних і соціальних катаклізмів.

Існують *різні класифікації віку*. У *статистиці*, наприклад, найбільш часто використовують класифікацію віку Б. Урланіса: 0–2 роки – ясельний вік; 3–6 років – дошкільний вік дитинства; 7–15 років – шкільний вік дитинства; 16–24 роки – юність; 25–44 – зрілість; 45–59 років – повна зрілість; 60–69 років – літній вік; 70–79 років – рання старість; 80–89 років – повна старість; 90 років і більше – глибока старість.

У *соціальній педагогіці* вікова періодизація, зазвичай, співвідноситься з етапами соціалізації. Тут існують різні періодизації. На думку А. Мудрика, досить зручно, із соціально-педагогічної точки зору, є така вікова класифікація: дитинство (від народження до 1 року), раннє дитинство (1–3 роки), дошкільне дитинство (3–6 років), молодший підлітковий (10–12 років), старший підлітковий (10–12 років), старший підлітковий (12–14 років), ранній юнацький (15–17 років), юнацький вік (18–23 років), молодість (23–30 років), рання зрілість (30–40 років), пізня зрілість (40–55 років), літній вік (55–65 років), старість (65–75 років), довголіття (понад 70 років).

У геронтології з погляду процесів старіння в онтогенезі людини поширена така хронобіологія (вікова періодизація), що була прийнята в 1963 році у Києві на семінарі геронтологів і Всесвітньої організації охорони здоров'я: молодий вік – 18–44 роки; середній вік – 45–59 років; літній вік 60–74 роки; старечий вік – 75–90 років; довголіття старше 90 років.

Наявність різних підходів до класифікації віку людини і численність вікових типологій є наслідком складності, багатозначності й багатосторонності самого феномена „вік”. Сучасні науки, які вивчають цей феномен, ще не виробили інтегративного уявлення про нього. У цих умовах практичний соціальний працівник повинен досить часто спиратися на власний професіоналізм, виходячи з конкретної мети і завдань соціальної роботи.

Старіння населення є однією з глобальних проблем сучасного світу. Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я до людей похилого віку належить населення віком від 60 до 74 років, до старого – від 75 до 89, а до довгожителів – 90 років і старше. Соціологи називають ці періоди життя людей „третім віком”, а демографи вводять поняття „третього” (60 – 75 років) і „четвертого” (понад 75 років) віків.

Поняття „людина похилого віку” в Україні стійко асоціюється з віком виходу особи на пенсію, який згідно із Законом України „Про пенсійне забезпечення” становить 55 років для жінок і 60 – для чоловіків.

Соціальний працівник, незалежно від профілю спеціалізації, повинен бути ознайомлений із біосоціальною сутністю старіння й старості; зі старінням населення як демографічним процесом з усіма його соціальними наслідками; зі своєрідністю соціальних, психологічних і медичних проблем похилого віку; з особливостями самотності; адаптації до старості; з обсягом і можливостями трудової діяльності в цей період, у тому числі інтелектуальної й творчої; з використанням залишкових фізичних й інтелектуальних здібностей похилих людей, а також з основами догляду за безпомічними похилими людьми й низкою інших соціально-психологічних і морально-етичних проблем.

Якість життя тісно пов'язана із загальним добробутом похилої людини й характеризується сукупністю зовнішніх і внутрішніх факторів. Тут галузь соціальної роботи, спрямована на медичне обслуговування похилих людей, на підтримку їхньої

життєдіяльності в родині і суспільстві, а також на забезпечення їхніх особистих потреб.

У людей похилого віку часто настає період самотності. Під самотністю в геронтології розуміють тяжке відчуття розриву з оточенням, що збільшується, острах наслідків самотнього способу життя, важке переживання, пов'язане із втратою істотних життєвих цінностей чи близьких людей, постійне відчуття покинутості, марності і непотрібності власного існування.

Самотність у старості – поняття далеко не однозначне і, власне кажучи, має соціальний зміст: самотність як соціальний стан, що відбиває психофізичний статус похилої людини, що ускладнює їй можливість зав'язувати нові і підтримувати старі контакти, обумовлений різними причинами як психічного, так і соціально-економічного характеру. Самотність як результат відсутності родичів, дітей, опікунів, подружжя, а також окреме проживання від молодих членів родини. Самотність як повне позбавлення людського спілкування для багатьох старих людей, які живуть у родині.

Самотність як самотній спосіб життя: фізичний стан, що активно обирається самою особистістю завдяки своєму характеру й психічному здоров'ю на основі прагнення відмежуватися від оточення, бажання захистити свій спосіб життя, внутрішній світ, незалежність і стабільність від втручання сторонніх, і, навіть, близьких родичів.

Стратегія соціальної роботи тут визначається сферою відмінностей факторів ізоляції від самотності. Ізоляція означає об'єктивну відсутність суспільних контактів, самотність же є суб'єктивним психічним станом. Вона пов'язана з кількістю суспільних контактів, а значною мірою обумовлена монотонністю й нудьгою існування. Міра самотності залежить від очікувань, які є в похилої людини.

При цьому фахівцям необхідно чітко розрізняти поняття старіння і старості. *Старість* – заключний період вікового індивідуального розвитку (онтогенезу), що настає закономірно. *Старіння* – руйнівний процес, що протікає у результаті наростаючої з віком дії зовнішніх і внутрішніх факторів, що ушкоджують і призводять до недостатності фізіологічних функцій організму. З біологічної точки зору старіння пов'язується зі змінами, що відбуваються на всіх рівнях організації живої матерії – молекулярному, клітинному, системному; на рівні цілісного

організму. В цьому контексті старіння розглядається як згубний процес, що настає у результаті наростаючої з віком руйнівної дії зовнішніх та внутрішніх факторів та призводить до недостатності функцій організму.

Для об'єктивнішого розуміння старіння його можна розглядати як процес, що складається з трьох компонентів:

- біологічне старіння – зростання вразливості організму і підвищена ймовірність смерті;
- соціальне старіння – зміна партнерів, поведінки, статусів, ролей;
- психологічне старіння – вибір способу адаптації до процесів старіння, нових стратегій подолання труднощів.

Представники холістичного підходу пропонують при розгляді процесу старіння враховувати більше аспектів, а саме: календарний (хронологічний); біологічний; сексуальний; психологічний; соціальний; духовний.

Існує низка теорій, які вивчають ті чи інші аспекти процесу старіння. До них можна віднести: соціальні (теорія соціального обміну, рольова теорія, теорія безперервності, теорія життєвих подій, теорія активності та ін.), психологічні (теорія життєвого циклу та ін.), психосоціальні (теорія рис характеру, теорія вмирання та смерті).

Усі ці теорії аналізують *соціально-психологічні проблеми людей похилого віку*, які визначають становище цих людей у суспільстві, їхні потреби та необхідну їм допомогу. Є. Холостова робить спробу узагальнити ці проблеми, виділяючи:

- втрати: переживання, викликані різного роду втратами (фізичної активності, зору, слуху, смерті близьких людей);
- порушення психіки (наслідок розчарування, відторгнення);
- зниження психологічних здібностей та можливостей людини на тлі гострих захворювань, психічні хвороби, органічні ураження мозку; вияв у гіпертрофованому вигляді почуттів заощадливості, скупості;
- сексуальні проблеми: імпотенція, вдівство, пізніє кохання, другий шлюб;
- наслідки зловживання алкоголем: порушення загального здоров'я, розлади нервової системи, розумова відсталість, деградація особистості;

- низька матеріальна забезпеченість: злидні, жебрацтво, кривди, зневіра, приниження, почуття незатребуваності, спроби відновлення трудової активності;
- розрив основних соціальних зв'язків, зумовлений зниженням соціальної активності, працездатності, виходом на пенсію, віддаленням від батьків дорослих дітей, звуженням інтересів, кола спілкування тощо;
- проблеми, пов'язані зі здоров'ям (включаючи медико-біологічні (переживання болю і необхідності терапевтичного впливу), матеріальні (нестача коштів на якісне лікування та підтримку життєдіяльності) та психологічні аспекти (труднощі у самообслуговуванні)), а також із наближенням (очікуванням) смерті;
- соціально-психологічна та морально-ціннісна дезадаптація в суспільстві внаслідок зміни сучасної системи соціальних установок і цінностей (включаючи ідеологію, мораль та ін.), зниження рівня толерантності особистості, втрати близьких і, як наслідок, – самотність, самоізоляція, проблеми у спілкуванні;
- зміна соціального, економічного статусу (престижність особистості, погіршення матеріального становища, низька якість життя, збільшення залежності від інших тощо), питання взаємин з іншими віковими групами; – проблеми організації вільного часу та відпочинку;
- криза пізнього віку, переживання відсутності життєвої перспективи, обмеженість самореалізації та інші психологічні проблеми особистості.

Особливе місце серед проблем похилих людей в аспекті соціальної роботи займають також проблеми „ейджизму” та жорстокого ставлення до представників даної вікової групи з боку деяких представників суспільства.

Ейджизм розглядається авторами як „дискримінація за віком і означає негативне або принижуюче ставлення до будь-якої вікової групи”. Хоча, як зазначають автори, найчастіше йдеться саме про неналежне ставлення до представників похилого віку. Не можна не погодитися з точкою зору західних психологів, що переважна орієнтація сучасного суспільства на молодих і є проявом ейджизму. Причому, в цьому контексті існує й інше визначення ейджизму як „демонстрація власної сили через вікові взаємини”.

Варто зазначити, що українському менталітетові завжди було притаманне поважливе ставлення до осіб похилого віку, однак, внаслідок прискороного поширення глобалізаційних та інформаційних міжкультурних процесів, доводиться визнавати, що подібне негативне ставлення до старших присутнє і в нашому сьогоденні.

Близька до ейджизму і проблема вияву жорстокості до похилих людей. Причому, виділяють декілька різновидів подібного ставлення: фізичну жорстокість (побиття, погрози, сексуальне насильство тощо); психологічну жорстокість (словесні образи, формування страху і боязні, ізоляція, здирицтво, грубість, безжалісність та ін.); експлуатація – економічна жорстокість (відмова в утриманні, підтримці, обмеження доходів, крадіжки грошей, незаконне відбирання помешкань, нанесення ушкодження тощо); порушення прав; зневага та ін.

Зрозуміло, що наведений перелік проблем не є вичерпним. Але і зазначені групи негараздів переконливо свідчать про те, наскільки складно похилій людині адаптуватися до нових для неї (пов'язаних з віковими соціалізаційними процесами) умов існування. Ось чому соціальна робота з особами похилого віку є досить складною, напруженою діяльністю, від ефективності якої значною мірою залежить нормальне існування та продовження життя людини.

Вибудовуючи систему соціальної підтримки та допомоги похилим громадянам, сучасному суспільству необхідно, *по-перше*, відмовитися від поширених стереотипів, згідно з якими у похилої людини різко знижується рівень потреб і традиційними заняттями цієї категорії населення є ведення домашнього господарства і виховання онуків. Сьогодні в похилий вік вступають люди, які отримали гарну освіту, зробили успішну службову кар'єру і домоглися значних успіхів у професійній і громадській діяльності. Їх навряд чи влаштує перспектива перетворитися на „безкоштовну робочу силу” для ведення домашнього господарства.

*По-друге*, побудова системи соціальної підтримки і допомоги людям похилого віку можлива не тільки на основі існуючих традицій, накопиченого досвіду і здорового глузду, а й на серйозних теоретичних підставах. У якості такої підстави можуть виступати основні **соціальні теорії старіння**, найважливішими з яких сьогодні є наступні.



1. *Теорія соціального визволення.* Основний зміст цієї теорії полягає у визнанні того факту, що в процесі старіння люди відчужуються від тих, хто молодше і звільняють систему соціальних ролей і статусів, пов'язаних з керівною і трудовою діяльністю, з особистою відповідальністю і т.п. Цей процес неминучий, тому що займані похилими людьми позиції повинні в певний момент переходити до молодих. Все це є одним із способів пристосування похилої людини до своїх нових обмежених можливостей і формою примирення з неминучістю насувається смерті.

Велика частина теоретиків і практиків соціальної роботи оцінюють дану теорію як нелюдську, і сьогодні вона майже повсюдно витісняється іншими теоріями.

2. *Теорія соціальної активності.* З точки зору прихильників цієї теорії, в процесі старіння люди втрачають свої звичні соціальні ролі, в результаті чого у них виникає почуття власної „непотрібності” і утискається почуття власної гідності. Для підтримки та збереження позитивного самопочуття і самосвідомості похилій людині не слід відмовлятися від активного життя, навпаки, слід зайнятися новими видами діяльності.

На адаптацію людей до старості багато в чому впливає число освоєних ним соціальних ролей. Чим більшою кількістю соціальних ролей опановує людина, тим легше їй перенести втрату деяких з них.

3. *Теорія соціальних меншин та субкультури.* Прихильники цієї теорії дотримуються думки про те, що люди похилого віку – це одні із соціальних меншин, чим і обумовлений їх низький соціально-економічний статус, дискримінаційні настрої і упередження у масовій свідомості. Таке положення змушує похилих людей більш чітко і жорстко окреслювати свої соціально-групові кордони і формують власну систему соціальних норм і цінностей, створюючи особливу „субкультуру старості”.

Ця теорія досить популярна в сучасній практиці соціальної роботи з людьми похилого віку. Її реалізація пов'язана з створенням спеціальних місць компактного проживання людей похилого віку, де є все необхідне для комфортного і безпечного життя (мікрорайонів, селищ, пансіонатів тощо).

Однак у подібному підході є серйозна негативна можливість, яка полягає в тому, що штучно формується замкнуте соціальне середовище, відчуження людей похилого віку від інших вікових груп, від життя решти суспільства.

4. *Теорія вікової стратифікації*. З точки зору прихильників цієї теорії кожне покоління людей унікально, неповторно і володіє властивим тільки йому соціальним досвідом, який може і повинен бути затребуваний і використаний в інтересах всього суспільства.

Усі перераховані теорії розглядають різні сторони процесу старіння людини. Однак було б серйозною помилкою обмежуватися в практиці соціальної роботи з похилими людьми якої-небудь однієї з них.

Соціальним працівникам слід вирізняти кілька **типів пристосування до старості**.

*Конструктивний підхід* – людина внутрішньо врівноважена, спокійна, задоволена емоційними контактами з оточенням, критична щодо самої себе, терпима в стосунках з іншими. Вона приймає старість як факт, що завершує професійну кар'єру, розглядає смерть як природне явище, не висловлюючи ані розпачу, ані жалю. Людина такого типу з довірою ставиться до оточуючих, охоче приймає допомогу.

*Підхід залежності* властивий людям, які демонструють пасивність і схильні до залежності від інших. Вони не мають високих життєвих прагнень і легко залишають свої професійні заняття. Сімейне оточення забезпечує їм відчуття безпеки і внутрішньої гармонії, тому вони не страждають від емоційної неврівноваженості і стресів.

*Підхід захисту* характерний для самодостатніх людей, що захоплені своєю професійною діяльністю. Вони уникають висловлювати свою думку, говорити про свої проблеми. Такі люди часто потерпають від страху смерті й маскують свою безпорадність перед її невідворотністю зовнішньою активністю.

*Підхід ворожості до інших* властивий „розгніваним старим”, які агресивні, недовірливі, запальні й мають чимало претензій до свого оточення – близьких, друзів, суспільства в цілому. Вони неадекватно сприймають старість, не можуть примиритися з невідворотними змінами старіння, заздять молодим, бунтують проти смерті й бояться її.

*Підхід ворожості до себе* характерний для людей з негативним життєвим балансом, які уникають спогадів про минулі невдачі та труднощі. Вони пасивно приймають незгоди в старості. Незадоволена потреба в любові та співчутті є приводом до депресій і жалю до себе, смерть розглядається ними як позбавлення від страждань.

Визнаючи питання старіння одним з основних викликів ХХ сторіччя, Організація Об'єднаних Націй 1991 р. ухвалила **Принципи щодо людей похилого віку**, згідно з якими люди похилого віку повинні мати:

1) *незалежність*:

- доступ до відповідного вимогам харчування, води, житла, одягу та медичного обслуговування через забезпечення їм доходу, підтримки з боку сім'ї, громади і самопомоги;
- можливість працювати або займатися іншими видами діяльності, що дають прибуток;
- можливість брати участь у визначенні термінів і форм припинення трудової діяльності;
- можливість брати участь у відповідних програмах освіти і професійної підготовки;
- можливість жити в умовах, які є безпечними й можуть бути адаптовані з урахуванням особистих схильностей і наявних можливостей;
- можливість жити вдома доти, поки це можливо;

2) *участь*:

- люди похилого віку мають бути, як і раніше, залучені до суспільного життя, активно брати участь у розробці й здійсненні політики, яка безпосередньо торкається їхнього добробуту, і ділитися своїми знаннями та досвідом з представниками молодого покоління;
- люди похилого віку повинні мати право шукати і розширювати можливості для діяльності в інтересах громади і виконувати на добровільній основі роботу, яка відповідає їхнім інтересам і можливостям;
- люди похилого віку повинні мати можливість створювати асоціації осіб похилого віку;

3) *догляд*:

- люди похилого віку мають бути забезпечені доглядом і захистом з боку сім'ї і громади відповідно до системи культурних цінностей даного суспільства;
- люди похилого віку повинні мати доступ до медичного обслуговування, яке дозволяло б підтримувати або відновлювати оптимальний рівень фізичного, психічного та емоційного благополуччя та попереджувати або стримувати початок періоду нездужання;

- люди похилого віку повинні мати доступ до соціальних і правових послуг з метою підвищення їхньої незалежності, зміцнення захисту та поліпшення догляду;

- люди похилого віку повинні мати можливість на відповідному рівні користуватися послугами піклувальних установ, які забезпечують захист, реабілітацію, а також соціальне і психологічне стимулювання в гуманних та безпечних умовах;

- люди похилого віку повинні мати можливість користуватися правами людини і основними свободами, перебуваючи в будь-якій установі, що забезпечує житлом, доглядом або лікуванням, враховуючи повагу до їхніх чеснот, переконань, потреб і приватного життя, а також права приймати рішення стосовно догляду за ними і якості їхнього життя;

4) *реалізація внутрішнього потенціалу:*

- люди похилого віку повинні мати можливість для всебічної реалізації свого потенціалу;

- люди похилого віку повинні мати доступ до можливостей суспільства у сфері освіти, культури, духовного життя і відпочинку;

5) *гідність:*

- люди похилого віку повинні мати можливість вести гідний і безпечний спосіб життя і не піддаватися експлуатації та фізичному або психічному насильству;

- люди похилого віку мають право на справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової або етнічної належності, інвалідності або іншого статусу, і їхня роль повинна оцінюватися незалежно від їхнього економічного внеску.

Отже, соціальна робота з людьми похилого віку має спрямовуватися на реалізацію проголошених принципів.

Соціальна робота з людьми похилого віку здійснюється на двох рівнях: 1) *макрорівень* (формування соціальної політики з урахуванням інтересів людей похилого віку, створення пенсійних й інших фондів їхньої підтримки, формування комплексної системи соціального страхування, медичного, психологічного й консультативного обслуговування); 2) *мікрорівень* (вивчення умов життя людей похилого віку, рівня і якості надання їм соціальної допомоги).

*У соціальній роботі з людьми похилого віку вирішуються такі завдання:*

- попередження причин, які породжують проблеми похилих людей;
- сприяння практичній реалізації прав і законних інтересів, забезпеченню можливостей самореалізації і самовиявлення людей похилого віку і попередження соціальної ізоляції, відсторонення від активного життя;
- додержання рівності і врахування можливостей похилих людей при отриманні соціальної допомоги і послуг;
- диференціація підходів до розв'язання проблем різних груп людей похилого віку на основі врахування факторів соціального ризику, які впливають на їхній стан;
- виявлення індивідуальних потреб людей похилого віку в соціальній допомозі й обслуговуванні;
- адресність при наданні соціальних послуг з пріоритетом сприяння похилим людям в ситуації, які загрожують їхньому здоров'ю і життю;
- використання нових технологій соціальної роботи, яка спрямована на задоволення потреб людей похилого віку;
- забезпечення інформованості престарілих громадян про можливості соціальної допомоги і послуг.

*Соціальна робота з людьми похилого віку проводиться у таких напрямках:*

- соціальне забезпечення, соціальна допомога, створення необхідних матеріальних і фінансових умов для підтримання нормальної життєдіяльності;
- догляд і соціальна допомога в стаціонарних установах Міністерства праці та соціальної політики;
- соціальна робота з людьми похилого віку в територіальних центрах і відділеннях денного перебування;
- догляд і соціальна підтримка вдома.

Слід зазначити, що у суспільстві існують усталені роками форми і методи соціальної роботи з вище означеною категорією. Зокрема, умовно їх можна поділити на такі групи.

1. Матеріальне забезпечення, яке включає пенсії та грошову допомогу.
2. Натуральна підтримка у вигляді продуктів харчування, палива, медикаментів, засобів гігієни, організації гарячого харчування тощо.

3. Покращення соціальних умов завдяки наданню соціальних послуг вдома та в стаціонарних установах.
4. Психолого-соціальна підтримка у вигляді консультацій різного характеру, організації культурного дозвілля тощо.

Відмітимо, що у літературі немає чітко сформульованих поглядів і розробок, що характеризують соціально-психологічні особливості соціальної роботи з певною категорією взагалі, і з людьми похилого віку, зокрема. Тому, зупинимось більш детально на соціально-психологічних засадах надання різних видів послуг похилим людям.

Перш за все, звернемося до законодавчого визначення понять, що розглядаються. Згідно зі статтею 1 Закону України „Про соціальні послуги” під соціальними послугами розуміють „комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги (далі – особи, що потребують соціальних послуг), з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя”. Стосовно психологічних послуг, то вони визначаються як „надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад тощо”.

Як бачимо, нормативне визначення соціальних і психологічних послуг включає в себе такі основні форми і методи, як консультація, регулювання процесу міжособистісної взаємодії, психодіагностика, медико-соціальну та психологічну реабілітація, сприяння в адаптації та ін. Зазначимо, що усі ці форми соціально-психологічної допомоги можуть надаватися у спеціалізованих відділеннях територіальних центрів обслуговування одиноких непрацездатних громадян, геріатричних будинках-інтернатах, центрах по організації дозвілля, інших соціальних службах для осіб похилого віку. Спробуємо деталізувати деякі з перерахованих видів соціально-психологічних послуг.

Методи психодіагностики, на нашу думку, слід дуже обережно використовувати по відношенню до людей похилого віку,

оскільки для багатьох з них заповнення бланків і діагностичних форм є досить складним заняттям і може призвести до втоми, роздратування, небажання брати участь у спеціальних процедурах. Доречним буде з діагностичною метою використання методів спостереження, вивчення документів, застосування менш громіздких та складних для сприймання та розуміння методик.

Одним із таких, що є найбільш уживаним, на нашу думку, є **метод соціально-психологічної консультації**. Причому, можуть здійснюватися різні види консультативної допомоги: сімейне консультування (для сприяння вирішення проблем у сім'ї, родині), індивідуальне консультування (для пом'якшення особистісних проблем вікового розвитку, зокрема, переживання вікової кризи тощо), за потреби, – професійна консультація та ін. Різні види консультування допомагають розвивати у похилих людей здатність більш адекватно та повно сприймати себе та інших, змінювати та робити більш гнучкою систему внутрішньо особистісних переживань і міжособистісних відносин. Практики називають такі проблеми, з якими похилі люди звертаються до психологів: вплив соматичних захворювань на життєдіяльність престарілої людини, різні прояви психоемоційних станів (страхи, тривога, депресія, апатія), смерть близької людини, переживання самотності, проблеми взаємин між поколіннями, конфлікти, проблеми виховання внуків та ін..

Ще одним методом для покращання міжособистісних стосунків може бути **тренінг** як активний і дієвий соціально-психологічний вплив, спрямований на зняття наслідків різноманітних психотравмуючих ситуацій, міжособистісної напруги, поліпшення навичок спілкування, формування особистісних передумов для допомоги в адаптації та ін. Тематика тренінгів може стосуватися різноманітних проблем і ситуацій, в залежності від наявної діагностованої проблематики.

Не менш дієвою формою соціально-психологічної допомоги людям старшого віку є **реабілітація**. В загальному розумінні соціальна реабілітація – це комплекс соціально-економічних, медичних, юридичних, професійних та інших заходів, спрямованих на забезпечення необхідних умов існування та залучення означених груп до повноправного життя в суспільстві. Медична форма реабілітації передбачає надання послуг лікувального характеру, проведення бесід щодо здорового способу життя, особливостей харчування похилих людей, придбання різноманітних пристроїв, що допоможуть у

пересуванні тощо. Звичайно, не менш важливою умовою соціальної реабілітації престарілих у сучасний період переходу до ринкових відносин стає і підтримка рівня життя за рахунок підвищення розмірів пенсій як за рахунок держави, так і за рахунок інших джерел. Зауважимо, що для повноцінного життя похилих людей, для підвищення ефективності їх медико-соціальної реабілітації, необхідна гуманістична установка суспільства на максимально тривале забезпечення соціальної активності похилих людей, а також на покращення матеріального становища означених груп.

Процеси реабілітації і адаптації особистості до життя в старості можуть протікати, принаймні, у двох основних формах – активній і пасивній. У першому випадку йдеться про так звану „активну старість”. Її проявами можуть бути:

- творча старість – настає тоді, коли люди йдуть на заслужений відпочинок, і, відійшовши від професійної діяльності, продовжують брати участь у суспільному житті, вихованні молоді, займаються посиленою працею. Тобто вони живуть повнокровним життям, не відчуваючи будь-якої неповноцінності;

- соціальна пристосованість – цей тип відрізняється гарною соціальною і психологічною адаптацією. Але енергія цих пенсіонерів спрямована, головним чином, на влаштування власного життя – матеріальне благополуччя, відпочинок, розваги і самоосвіта. Тобто на те, на що раніше їм бракувало часу;

- сімейна старість – тип, в якому переважають жінки. Люди знаходять головне застосування своїх сил в родині. Оскільки домашня робота невичерпна, їм ніколи нудьгувати. Проте задоволеність життям у них буває нижче, ніж у представників попередніх двох типів;

- зміцнення здоров'я – до цього типу належать люди, сенсом життя яких стає турбота про зміцнення власного здоров'я, що не тільки стимулює достатньо різноманітні форми активності, але й дає певне моральне задоволення. Однак ці люди часто схильні перебільшувати значення своїх справжніх і фіктивних хвороб. Вони також можуть характеризуватися підвищеною тривожністю.

У випадку, коли людина не проявляє належної соціальної та соціально-психологічної активності, говорять про розвиток так званих „пасивних” форм прояву старості, а саме:

- агресивний тип – сюди можуть бути віднесені буркотливі престарілі, незадоволені станом оточуючого світу. Вони часто



критикують всіх і все, окрім самих себе, усіх повчають і тероризують оточуючих нескінченими претензіями;

- зневірений тип – це люди, які самотні і сумні, зневірені в собі і у власному житті. Вони не бачать ніякого позитиву, іноді звинувачують себе за дійсні та фіктивні втрачені можливості, не здатні позбутися сумних спогадів про життєві помилки, що робить їх глибоко нещасними. Ці люди бувають дуже вразливими, часто ображаються.

На жаль, подібна пасивна старість зумовлює небажані зміни особистості людини, а отже, і негативні прояви у буденному житті. Знаходячись у безпосередній близькості до своїх онуків чи дітей, інших людей, що стикаються з ними, вони створюють у домі, в побуті, громадських місцях осередки соціальної напруги. Завданням соціальних працівників є спонукання престарілих до розвитку власної особистості, покращання стосунків із оточуючими, надання допомоги в реабілітації та адаптації.

**Медико-соціальна робота** розглядається і як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічної та соціально-правового характеру, спрямованої не тільки на відновлення, але і збереження, і зміцнення здоров'я, у тому числі й людей похилого віку.

*Метою медико-соціальної роботи* є досягнення оптимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб похилого віку, осіб з фізичної та психічної патологією, а також соціального неблагополуччя. *Об'єктом медико-соціальної роботи* є різні контингенти осіб, в тому числі й похилі люди, що мають виражені медичні й соціальні проблеми, які тісно взаємопов'язані і їх вирішення утруднено у рамках односторонніх професійних заходів.

Медико-соціальну роботу умовно можна поділити на два основні аспекти: медико-соціальну роботу профілактичної спрямованості і медико-соціальну роботу патогенетичної спрямованості.

*Медико-соціальна робота профілактичної спрямованості* включає виконання заходів з попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, формування установки на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях, соціальне

адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я та ін.

*Медико-соціальна робота патогенетичної спрямованості* включає заходи щодо організації медико-соціальної допомоги; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації похилих людей та інвалідів; проведення соціальної роботи в окремих областях медицини і охорони здоров'я, проведення корекції психічного статусу клієнта і особливо осіб похилого віку, створення реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій та ін..

Основним стратегічним завданням медико-соціальної роботи з похилими людьми слід вважати збереження і поліпшення якості їхнього життя.

Важлива роль у вирішенні багатьох проблем, пов'язаних з медико-соціальною роботою, належить саме соціальним працівникам, які найчастіше і займаються соціальною роботою з людьми похилого віку. Для успішної соціально-психологічної допомоги літнім людям соціальному працівникові необхідні такі групи умінь і навичок:

- навички індивідуальної роботи: вміння дієво спілкуватись з людьми похилого віку; вміння вислухати похилу людину з розумінням та цілеспрямовано; навички створення і розвитку добрих відносин; вміння добитися довіри підопічних; вміння обговорювати гострі проблеми в позитивному емоційному настрої, підтримувати цей настрій; вміння активізувати зусилля людей для вирішення власних проблем;

- навички представництва та посередництва: вміння налагоджувати контакти з різними підприємствами, закладами, установами, організаціями тощо, які беруть участь у наданні послуг похилим людям; вміння представляти інтереси клієнтів при вирішенні питань, пов'язаних із замовленням чи зверненням підопічного;

- навички оцінювання: вміння аналізувати матеріально-побутовий та психологічний стан підопічного з метою його поліпшення в установленому порядку; вміння оцінювати власну діяльність по наданню допомоги клієнту, і, в разі потреби, активізувати її чи залучити додаткові ресурси;

- навички активної профілактичної роботи: займати активну життєву позицію у справі виявлення самотніх людей похилого віку, які потребують допомоги і проживають на території району; агітувати за здоровий спосіб життя тощо.

Традиційно в українській літературі основні форми соціальної роботи з людьми похилого віку зводять до *реабілітації* (медичної та соціальної, яку часто надають у великих стаціонарних закладах) та *соціальної допомоги*. При цьому соціальна допомога людям похилого віку досить часто спрямована на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливе або ускладнене внаслідок втрати чи обмеження тих або інших функцій. У свою чергу загальні форми допомоги повинні орієнтуватися переважно на запобігання втрати здатності до самообслуговування або обмеження негативних наслідків цього. Надання особам старших вікових груп засобів малої механізації і спеціальної побутової техніки, спеціальне облаштування житла сприяє продовженню періоду їх самостійності. Для оцінки порушень та проявів, пов'язаних з інвалідністю та обмеженнями в соціальній діяльності, і визначення рівня незалежності людини в основних видах повсякденної діяльності ВООЗ пропонує використовувати такі характеристики: регуляція функцій сечовиділення і дефекації, мобільність та деякі прості дії з самообслуговування – такі як умивання, одягання, приймання їжі й здатність дістатися до туалету. Також враховуються інструментальні види повсякденної діяльності: здатність робити покупки, готувати, прати, користуватися телефоном та розпоряджатися грошми. В практиці професіоналів, що працюють з людьми похилого віку, для оцінки діяльності в повсякденному житті поширеним є використання стандартизованої оціночної шкали – індексу Бартель, який дозволяє швидко скласти уявлення про стан клієнта на основі використання інформації про здатність виконувати ту чи іншу діяльність самостійно або з допомогою інших, або цілком залежно від допомоги.

З боку професіоналів часто демонструється підхід до різних людей тільки „як до людей похилого віку, які є безпомічними жертвами і не в змозі змінити своє невдале життя”. Тоді соціальним працівникам може здаватися, ніби вони вже знають про все, що турбує людей похилого віку, і вони впевнені в тому, що знають, як саме допомогти клієнту, й що всі їхні дії відповідають інтересам клієнта. При цьому ігнорується життєвий досвід, оточення, звички, уміння та навички, тобто індивідуальність та потреби клієнтів. Але

саме ці знання можуть допомогти в спілкуванні та визначенні потреб людей похилого віку. Особливо це стосується соціальних працівників молодшого віку, яким не завжди легко буває зрозуміти людей похилого віку, котрі пережили чимало потрясінь, що супроводжувалися значними травмами, зумовленими війною, тоталітарним режимом, наслідками процесу перебудови.

Досвід, ставлення, розуміння, цінності та очікування обов'язково мають обговорюватися клієнтом і соціальним працівником. Варто дізнатися, якою є думка користувачів про те, що саме є метою надання послуг, якими є очікувані результати.

**Соціальна допомога людям похилого віку** – це забезпечення у грошовій чи натуральній формах, у вигляді послуг чи пільг, які надаються із урахуванням законодавчо закріплених державою соціальних гарантій із соціального забезпечення. Соціальна допомога має характер періодичних чи разових доплат до пенсій і допомог, натуральних видач та послуг з метою надання адресної, диференційованої підтримки різним категоріям похилих людей, ліквідації чи нейтралізації критичних життєвих ситуацій, які викликані важкими соціально-економічними умовами життя.

Виділяють термінову соціальну допомогу, адресну соціальну допомогу, бригадну соціальну допомогу для важкохворих.

**Термінова соціальна допомога** – це надання допомоги разового характеру людям похилого віку, які її гостро потребують. Вона включає разове забезпечення безкоштовним гарячим харчуванням чи продуктовими наборами; забезпечення одягом, взуттям, предметами першої необхідності; разове надання матеріальної допомоги; сприяння в отриманні тимчасового житла; надання екстреної соціально-психологічної підтримки за Телефоном довіри і юридичної допомоги.

**Адресна соціальна допомога** надається людям похилого віку, які перебувають в особливо складній життєвій ситуації. Їх відвідують соціальні працівники, які надають необхідну побутову чи соціально-психологічну допомогу.

**Бригадна форма допомоги важкохворим пенсіонерам** – це комплексне обслуговування з надання соціальних і медичних послуг. Соціальні працівники надають пенсіонерам послуги побутового характеру, а медичні сестри здійснюють сестринський догляд.

Отже, надаючи допомогу людині похилого віку, соціальні працівники мають дотримуватись певних *правил*. По-перше, слід

оцінювати потреби клієнта в контексті всього життя та досвіду, але це не означає, що потрібно занадто глибоко чи необдуманно втручатися в його чи її особисте життя. Також необхідно уникати впливу упередженого ставлення і не розглядати людей похилого віку як жертв. Навпаки, слід визнавати їхній статус як людей, що дожили до поважного віку, людей, відповідальних за свої вчинки. І ще одне правило – важливо починати роботу зі з'ясування суб'єктивного бачення особою похилого віку її оточення, хоча це не означає, що професіонал не несе відповідальності за свої судження, які впливають з досвіду та знань, і має в усьому погоджуватися зі старою людиною.

У процесі індивідуальної роботи спеціалісти повинні:

- не дозволяти людям похилого віку втягуватися в негативний процес старіння, допомагати їм зрозуміти, що найчастіше їхні проблеми породжені ситуацією, а не ними самими;
- заохочувати та підтримувати прагнення брати на себе відповідальність за своє життя там, де це можливо;
- стимулювати у людей похилого віку діяльність, яка підтримує відчуття інтеграції та цілісності їхнього життя.

Надаючи соціальні послуги, представники соціальної служби мають звертати увагу на психологічний стан людини. Інколи люди похилого віку стають пригніченими, втрачають сенс життя. Це може, зокрема, трапитися через втрату життєвих цінностей. І тут у пригоді може стати так званий *метод біографічного інтерв'ювання* або стимуляції спогадів, який допоможе людині похилого віку усвідомити, що „життя не минуло марно”. Його можна використовувати у роботі як з одним клієнтом, так і з групою. Джерелами спогадів можуть стати фотографії, старі платівки з піснями чи музикою, якісь сувеніри чи старі поштівки, відвідування музеїв, спогади про ті чи інші знаменні події життя: навчання в школі, одруження, народження дітей, відпочинок на морі, подорожі тощо.

Втім, для соціальних працівників буває нелегко застосувати цей метод, оскільки розповіді можуть повторюватися, історії можуть бути перебільшеними та вигаданими. Тому практики повинні інтенсивно готуватися до роботи, що включає підготовку користувача і самого практика. Так, у тому разі, коли клієнт розповідає про неприємний чи тяжкий досвід у своєму житті, бажано уникати припущень, адже автобіографія та огляд життя залучають аналіз почуттів, а не тільки фактів. Також слід бути

обережним, виявляючи почуття клієнта, які той переживає в даний момент. Наприклад, припущення, що рання смерть батька спричинила горе і нещастя, може зробити неможливим для старої жінки виявити відчуте нею полегшення, коли смерть її батька поклала край довготривалому насильству, яке той чинив у сім'ї.

Натомість бажано звертатися до позитивних спогадів, які підтверджують позитивні якості, демонструють здатність та силу індивіда в подоланні труднощів і вирішенні складних життєвих ситуацій.

Ще одним з ефективних засобів соціальної реабілітації людей похилого віку є їхня *трудова та громадська зайнятість*. Похила людина, яка залишає свою професійну діяльність, часто зазнає стресу. На жаль, сучасне суспільство не може повністю задовольнити потребу в робочих місцях не лише означеній категорії громадян, а навіть і людям працездатного віку. Проте деякі перспективи тут можливі у сфері малого та середнього бізнесу, фермерських господарств, на присадибних ділянках. Пенсіонер повинен розуміти, що перехід на відпочинок – не фізична та розумова бездіяльність. Людина похилого віку повинна залишатися в центрі інтересів родини, відчувати себе повноправним громадянином, цікавитися громадським життям. Корисним досвідом у цьому плані є створення так званих клубів за інтересами для людей похилого віку, де вони можуть спілкуватися, виконувати певні громадські функції, займатися спільною діяльністю. Або волонтерська діяльність самих пенсіонерів, котрі допомагають доглядати інших.

Соціальні працівники багатьох країн особливу увагу звертають на *стан людей, котрі щойно вийшли на пенсію*, розуміючи складнощі цього періоду. Соціальні працівники мають усвідомлювати, що „пенсія” – це не стільки вид грошового забезпечення в старості (формальне визначення поняття), скільки *процес і соціальна роль*, яка вимагає пристосування.

Соціальні працівники мають також брати до уваги, що соціальна реабілітація може, зокрема, бути спрямована на *отримання нових знань та навичок*, необхідних для самообслуговування, або відновлення тих, що були раніше. Особливо це стосується людей похилого віку, які втратили певну частину функцій через захворювання (наприклад, після інсульту).

У багатьох країнах важливу роль у роботі з людьми похилого віку відводять трудотерапевту, який допомагає клієнтові пристосуватися до змін у його функціональних можливостях. Він може спланувати та розробити зміни у домашньому побуті, що полягають у виготовленні спеціальних меблів, відповідного обладнання (пристосування туалету для зручного користування, спеціальні пристосування для вимикачів газової плити, кранів у ванній кімнаті, спеціальне начиння для їжі), встановлення спеціального освітлювального обладнання, модифікування одягу (спеціальні застібки). Також це може бути створення піднятих над землею грядок чи клумб, щоб людина в інвалідному візку могла доглядати свої квіти чи город.

Особливу увагу слід звернути на людей похилого віку, які переживають втрату близької людини. І тут у пригоді мають стати відповідні методи соціальної роботи. Одним і найкращим з них є *терапевтична короткотривала група*. Можливість прийти до групи „Тяжка втрата” надзвичайно важлива для людини похилого віку, яка втратила подружжя. Вона переживає почуття смутку, відчаю або навіть безпорадності й намагається знайти відповіді на запитання „Чому це сталося?”, „Що робити далі? ”. Підтримка з боку родичів та друзів є інтенсивною впродовж трьох чи чотирьох тижнів, а потім слабшає, і людина ще більше відчуває свою самотність. Вона може відчувати, що інші не розуміють її тяжких переживань, коли хтось радить перебороти горе і припинити плакати. Тоді саме група може стати місцем, де можна висловити власні горе і смуток, не боячись осуду з боку інших, та звільнитися від тяжких переживань.

Ще один напрям роботи – *сприяння* соціальних працівників у *створенні груп самопомоги*, груп соціальних дій, самокерованих груп, які дають змогу як розв’язувати індивідуальні проблеми, так і проводити кампанії за ті чи інші соціальні зміни в захисті своїх інтересів і прав.

У роботі з людьми похилого віку особливе місце посідає **груповий догляд**, тобто соціальна робота в установах, які здійснюють денний чи резидентний (стаціонарний, інтернатний) догляд. Денний догляд, в якому забезпечують надання соціальної та психологічної допомоги у денний час і за певним розкладом, є прогресивнішим, оскільки він дозволяє не відривати людину від звичного середовища. Резидентний догляд забезпечує тимчасовий або довготривалий притулок, цілодобову допомогу або догляд у

тому разі, коли людина неспроможна обслуговувати себе самостійно, а також спеціальну реабілітацію.

Люди похилого віку, визнані недієздатними, або такі, що мають обмежену мобільність, можуть потребувати здійснення соціальними працівниками *представництва* – захисту їхніх прав, а в деяких випадках – захисту від насильства у родині, з боку сусідів, знайомих, добровільних доглядальників тощо.

Таким чином, серед ключових напрямів соціальної роботи з людьми похилого віку можна назвати виявлення осіб, які потребують соціального піклування вдома і в спеціальних установах, створення умов для виявлення активності у мікросоціумі, адаптації до старості й задоволення їхніх інтересів, роз'яснювальну роботу з близькими людей похилого віку.

Для надання допомоги людям похилого віку реалізують спеціальні програми, спрямовані на підтримку добробуту й стану здоров'я, і створюють низку відповідних закладів. У деяких країнах такі установи функціонують у громаді, за місцем проживання клієнта, якому надають право вибору форми обслуговування. Розрізняють такі види обслуговування для людей похилого віку:

1) *будинки готельного типу* (забезпечення місцями проживання, де людям надається підтримка постійно проживаючим у будинку доглядальником. Кімнати забезпечені системою аварійного виклику. Завдання доглядальника в разі потреби забезпечити послуги іншої служби, а не безпосереднє надання догляду. Такі заклади не вирішують проблему самотності: люди мешкають у своїх квартирах і не надто активні в спілкуванні);

2) *догляд у будинках постійного проживання* (такі заклади утримує або місцева влада, або приватні чи добровільні організації; будинки відповідають потребам людини похилого віку, надаючи захищене проживання. Як правило, в таких будинках живуть люди, які не потребують постійної медичної допомоги. Але є й будинки з висококваліфікованим персоналом, де можуть проживати соматично ослаблені люди і люди з психічними розладами);

3) *будинки сестринського типу* (такі заклади утримують приватні або добровільні організації; будинки призначені для догляду за людьми, які не можуть жити вдома. Люди, що там перебувають, мають сплачувати за послуги повністю чи частково, а решту сплачуватиме місцева влада. Раз на півроку менеджер будинку, що займається питаннями надання допомоги, здійснює



перегляд потреб клієнтів. У таких будинках часто мешкають люди з проблемами психічного здоров'я);

4) *денні стаціонари/центри* (люди залишаються жити вдома, але відвідують спеціально створені центри, будинки постійного проживання чи сестринського типу. Для перевезення цих людей місцева влада часто використовує таксі чи спеціальні транспортні засоби. У таких закладах поєднують роботу професіоналів та волонтерів, створюють мультидисциплінарні команди (багатопрофільні бригади) для допомоги. Зазвичай клієнти перебувають у таких закладах з ранку й до середини дня, але останнім часом це стало можливо й увечері та у вихідні. В багатьох центрах створено спеціальні відділення для підтримки тих, хто здійснює догляд за психічно хворими родичами, де можуть надати послуги й уночі, щоб підтримати доглядальників);

5) *денні центри/обідні клуби* (якщо в денному стаціонарі здійснюють персональний догляд, то в клубах годують в обід і забезпечують спілкування. Такі заклади створюють громадські організації переважно в приміщеннях церков, комунальних центрах. Такі послуги призначені для тих, хто живе один, вони полегшують переживання стану самотності та пов'язаної з нею депресії);

6) *доставка харчування за місцем проживання* („їжа на колесах”) (доставка продуктів додому до клієнта, зазвичай в уже приготованому вигляді, з тим щоб їх можна було просто розігріти; така їжа може доставлятися з місцевих шкіл чи з будинків постійного проживання, у сільських районах це може бути використання заморожених продуктів харчування. Ця послуга може також передбачати залучення штатних працівників для приготування їжі вдома);

7) *догляд за місцем проживання* (надання довготривалої і спланованої соціально-побутової допомоги згідно з потребами клієнта);

8) *чергові бригади невідкладної допомоги* (включають послуги соціальних працівників, які взаємодіють з практикуючим лікарем і організують короткотерміновий догляд);

9) *служби прання білизни* (зазвичай створені для людей, що страждають нетриманням сечі та калу; в багатьох випадках це запобігає передачі людей до резидентних закладів, оскільки суттєво полегшує роботу доглядальників);

10) *допомога і адаптація* (якщо людина втрачає частину своїх функцій і потребує реабілітаційних пристроїв для користування власним помешканням – сидіння у ванні, поручнів, візочка на коліщатках тощо);

11) *консультування* (надання можливості клієнтам і доглядачам вирішити, якої саме допомоги вони потребують і що вони хотіли б запланувати на майбутнє. Іноді соціальним працівникам потрібно витратити багато часу, щоб переконати людину похилого віку чи подружжя дати згоду відвідувати денний центр або будинок постійного проживання).

В Україні послуги людям літнього віку надають такі державні заклади, як територіальні центри із обслуговування самотніх непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів, будинки-інтернати, геріатричні пансіонати, пансіонати для ветеранів війни та праці. Як проміжна ланка між резидентним доглядом і доглядом у громаді створюються спеціальні житлові будинки для ветеранів та пенсіонерів (на зразок зарубіжних будинків компактного проживання). І хоча ці заклади до певної міри розв'язують соціально-побутові та соціально-медичні проблеми людей похилого віку, однак вони не повністю враховують сучасне розуміння старості як активного етапу в житті людини та права людей похилого віку на інтеграцію в суспільство. Також почали виникати недержавні організації, які надають послуги людям похилого віку, прагнуть створити мережу соціальної підтримки.

Перспективним для України є створення нових соціальних та соціально-медичних служб: будинків компактного проживання (для 12–15 осіб), будинків тимчасового проживання (наприклад, на зимовий період для 10–15 осіб), хоспісів (служб допомоги термінально хворим), реабілітаційних центрів для тих, хто зазнав насильства у сім'ї, кризових центрів, клубів за інтересами тощо.

До соціальних служб, які працюють з людьми похилого віку, висувають нові вимоги. Серед перспективних завдань можна виділити такі:

- налагодження зв'язку між амбулаторним, напівстаціонарним та стаціонарним доглядом;
- створення умов за місцем проживання для самотніх людей похилого віку та членів сім'ї, які здійснюють догляд, щоб уникнути переміщення в будинки для престарілих;
- підтримка соціокультурних ініціатив;

- розвиток догляду вдома і короткотермінової допомоги в догляді;
  - допомога/послуги для родичів: „відпустка від догляду”;
  - допомога в життєвих справах (від допомоги по господарству до організації поїздок);
  - медичний догляд (за змогою у співпраці з геронтологом, і загальне медичне консультування);
  - надання психосоціальної підтримки, індивідуального спілкування та участь у загальних дискусіях;
  - допомога в організації вільного часу;
  - активна підтримка членів сімей, що здійснюють догляд, шляхом проведення семінарів, груп самопомоги, інформаційних вечорів (спільно з іншими соціальними службами міста чи громадськими організаціями); навчання, наприклад, того, як здійснювати догляд за родичами, що страждають на старече недоумство, способи надання їм допомоги;
  - допомога у фізичній та соціальній реабілітації: ерготерапія, гімнастика для людей похилого віку, фізіотерапія (в кооперації зі спеціалістами фізіотерапевтичних центрів чи приватних працівників), організація профілактичного психіатричного обслуговування, яке сьогодні практично не ведеться і люди не отримують жодної допомоги (іноді минають роки від появи перших симптомів захворювання до отримання допомоги, хоч багато захворювань піддаються лікуванню);
  - організація місць для зустрічей з метою створення нових соціальних зв'язків, налагодження дружніх стосунків, входження в мережу допомоги;
  - інформаційна та громадська робота: інформація та консультування щодо можливостей влаштування в будинки престарілих, пошук місць проживання в будинках з обслуговуванням тощо;
  - залучення людей похилого віку до співпраці з соціальними службами (участь в обговоренні, плануванні, оцінюванні послуг);
  - продовження освіти: підтримка навчальних груп.
- Поступовий розвиток професійної соціальної роботи в Україні спонукає до осмислення розмаїтої зарубіжної теорії та практики, можливостей їх застосування в українському контексті.

**Ключові поняття:** людина похилого віку, старість, старіння, самотність, медико-соціальна робота, консультація, реабілітація, адаптація, соціальна допомога, тренінг, територіальні центри із обслуговування самотніх непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів, будинки-інтернати, геріатричні пансіонати, пансіонати для ветеранів війни та праці.

**Питання та завдання:**

1. Зробити нарис соціального портрету похилої людини.
2. Назвати основні проблеми людей похилого віку.
3. У чому особливості процесу старіння? Які чинники, на Вашу думку, найбільше впливають на цей процес?
4. Яких принципів необхідно дотримуватися при організації соціальної підтримки людей похилого віку?
5. На що має бути спрямована соціальна робота з людьми похилого віку?
6. Які форми роботи треба використовувати у наданні допомоги людям похилого віку?
7. Які заклади для людей похилого віку доцільно було б розвивати в Україні?

**Практичне завдання.** Надати характеристику людині похилого віку за певними типами пристосування до старості: конструктивний підхід; підхід залежності; підхід захисту; підхід ворожості до інших; підхід ворожості до себе.

Проаналізувати соціально-психологічні проблеми людей похилого віку, які визначають їх соціальний статус, потреби та необхідну їм соціальну допомогу.

### **3.3. Організація роботи з жертвами „торгівлі людьми”**

У сучасному світі торгівля людьми є одним із найбільш грубих і масових порушень прав і свобод людини. За неофіційними даними у світі близько 4 млн. осіб щороку переправляються через кордони держав для використання в підневільній праці.

Термін **trafficking** (з англ. *рух, торгівля, перевезення*) не є новим і відомий ще з XVI ст. Однак у той час він використовувався для позначення торгівлі та „поїздок туди – назад”. Цей термін, як

такий, не мав негативного забарвлення. Пізніше, у XVII ст., він почав використовуватися для позначення незаконних, підозрілих торгівельних операцій. Хоча спочатку цей термін здебільшого стосувався транскордонної торгівлі наркотиками і зброєю, на початку XIX ст. його почали використовувати також у випадках, коли об'єктом торгівлі була людина як раб. Така „традиційна” работоргівля стала вважатися незаконною наприкінці XIX ст. На початку XX ст. термін „торгівля людьми” здебільшого використовувалася для позначення „торгівлі білими рабами”, тобто перевезення жінок і дітей через міжнародні кордони з метою їх використання для проституції. До кінця 1990-х років термін „торгівля людьми” асоціювався із проституцією та сексуальною експлуатацією жінок і дітей.

Для України торгівля людьми в її сучасному розумінні постала наприкінці XX ст., зокрема після розпаду СРСР. За інформацією Міжнародної організації з міграції, за останні роки близько 400 тисяч українців виїхали за кордон з метою працевлаштування, з яких понад 100 тисяч жінок потрапили в секс-індустрію країн-реципієнтів. Торгівля людьми, зокрема жінками та дітьми, – це добре організований транснаціональний злочинний бізнес, тісно пов'язаний з такими явищами як проституція, наркоманія та порноіндустрія.

У нашій країні проблема торгівлі дітьми, фактично, розпочалася з масового незаконного усиновлення українських дітей іноземними громадянами. Як було встановлено спеціальною слідчою комісією Верховної Ради України, ці дії мали характер завуальованої торгівлі неповнолітніми.

Проблема полягає в тому, що розслідування та виявлення таких злочинів практично неможливе. Транснаціональна злочинність виробила добре відпрацьований механізм здійснення торгівлі людьми, при якому прослідкувати рух „живого товару” надзвичайно важко. Окрім цього, існує високий рівень латентності серед правоохоронних органів нашої держави, що явно не сприяє боротьбі з работоргівлею.

Проте, слід зазначити, що останнім часом намітились певні позитивні зрушення у ставленні до проблеми торгівлі людьми як пересічних громадян, так і представників владних структур. В Україні створено правову базу для боротьби з торгівлею людьми. Кримінальний Кодекс України у ст. 149 встановлює відповідальність

за цей вид злочину, розроблено урядову програму щодо запобігання торгівлі жінками і дітьми. Україна стала третьою державою Європи, поряд з Бельгією і Німеччиною, які на законодавчому рівні визнали торгівлю людьми тяжким злочином.

Водночас масштаби та обсяги работоргівлі в нашій країні продовжують залишатись загрозливими. Однією з причин цього є вкрай складна соціально-економічна ситуація в Україні.

**Торгівля людьми** – це одна із сучасних форм рабства, що включає в себе домашнє рабство, примусові шлюби, боргову кабалу, примусове зайняття проституцією чи участь у виготовленні порнографічної продукції, нестерпні форми праці тощо.

Кримінальний Кодекс України дає визначення поняття торгівлі людьми шляхом перелічення діянь, що входять до її складу. Так, відповідно до статті 149 Кримінального Кодексу під торгівлею людьми розуміється:

1) **продаж чи інша оплатна передача людини.** Продаж – це договір (угода), відповідно до якої одна особа (продавець) передає обумовлену річ (а в даному випадку – людину) у фактичну незаконну власність іншої особи (покупця), а остання зобов'язується сплатити за неї певну грошову суму, передбачену угодою сторін. Під іншою оплатною передачею слід розуміти фактичне незаконне передання права власності на людину іншій особі внаслідок договору міни, застави чи інших договорів, за якими людина надається для експлуатації за матеріальну винагороду у вигляді цінностей чи послуг матеріального характеру;

2) **здійснення стосовно людини будь-якої іншої незаконної угоди,** пов'язаної із законним чи незаконним переміщенням за її згодою або без згоди через державний кордон України **для подальшого продажу чи іншої передачі іншій особі.** До таких угод можна віднести ті угоди, внаслідок яких людина передається іншій особі безплатно (дарування, безоплатна експлуатація), а також дій, що виникають з боку особи, яка отримує „живий товар”, – купівля, одержання людини внаслідок міни, найму, застави чи іншої угоди. Для цієї форми торгівлі людини обов'язковою є мета: подальший продаж чи інша передача іншій особі. Причому винний повинен усвідомлювати, що людина передається ним іншій особі саме з такою метою. Окрім цього, кінцевою метою даної форми торгівлі людьми є сексуальна експлуатація людини, використання її в порнобізнесі, втягнення у злочинну діяльність, залучення в боргову

кабалу, усиновлення (удочеріння) в комерційних цілях, використання у збройних конфліктах, експлуатація її праці.

**Сексуальна експлуатація** – це один з видів експлуатації праці людини, зокрема в галузі проституції (здійснення природних статевих актів, задоволення статевої пристрасті неприродним способом, вчинення будь-яких інших дій сексуального характеру з метою отримання доходів, а не на основі приязні чи особистої симпатії) чи в суміжних з нею сферах.

**Використання в порнобізнесі** – це фактичне використання людини для створення предметів порнографічного характеру, незалежно від її ролі в даному процесі.

**Втягнення у злочинну діяльність** – це дії, пов'язані з безпосереднім психічним чи фізичним впливом на особу та вчиненні з метою викликати у неї прагнення взяти участь в одному чи кількох злочинах. При цьому можуть використовуватись різноманітні способи впливу.

**Залучення в боргову кабалу** – це фактичне поставлення особи у стан повної рабської залежності іншої особи. Експлуатація такої особи триває до тих пір, поки вона не відпрацює свій „борг” (у більшості випадків – ціну, яку за неї було сплачено та витрати, пов'язані з її утриманням).

**Усиновлення чи удочеріння в комерційних цілях** – це оформлення спеціальним юридичним документом встановлення батьківської опіки над дітьми, позбавленими батьківського піклування, з метою подальшого їх використання для отримання доходів (у жебракуванні, занятті азартними іграми чи для подальшого укладення щодо них угод, пов'язаних з фактичною передачею права власності), використання у збройних конфліктах особи для виконання нею бойових завдань, пов'язаних з поваленням державної влади або порушенням суверенітету і територіальної цілісності інших держав тощо.

Фактором, під впливом якого зростають масштаби торгівлі людьми, є стрімка **глобалізація**. Технологічний прогрес обумовив зростання комунікаційних можливостей людства, результатом чого стало, наприклад, збільшення обсягів телевізійних трансляцій та кількості користувачів мобільними телефонами, серед яких також є і торговці людьми. Подорожувати також стало набагато легше: переїзд займає сьогодні значно менше часу, ніж це було раніше. Більше того, незважаючи на те, що глобалізація сприяла

підвищенню рівня життя в країнах із розвинутою ринковою економікою, відчутним є зростання нерівності як між країнами, так і всередині країн. Глобалізація також посприяла усуненню бар'єрів для міжнародної торгівлі і пересування капіталу. Але одночасно з цим не вживалися необхідні заходи на політичному рівні з метою зняття обмежень, що стосуються міграції.

Серед факторів, що спричиняють торгівлю людьми, виділяють:

**1. Фактори, які визначають пропозицію живого товару:**

- *низький рівень управління*, що сприяє виникненню ситуації в країні, коли торговці людьми можуть розгортати свою діяльність, завдяки тому, що уряд неспроможний забезпечити порядок або робить це неефективно, або втягнутий у корупцію;

- *неадекватність законодавства і судової системи;*

- *безробіття, неповна зайнятість і низький рівень заробітної плати;*

- *дискримінація за статтю* у сфері зайнятості, здобуття освіти і доступу до інформації. Наприклад, під час законного наймання працівників для роботи за кордоном перевагу віддають чоловікам, а жінки стають легкою мішенню для торговців людьми;

- *недосконалі або навіть відсутні канали законної міграції* та відсутність будь-якої інформації про можливості законного працевлаштування за кордоном;

- *бідність і заборгованість;*

- *низький рівень освіти, безграмотність;*

- *відсутність інформації* про ризики, які супроводжують процес трудової міграції;

- *бізнес, пов'язаний із торгівлею людьми, є високоризиковим* та має низький ризик.

**2. Фактори, які визначають попит на живий товар:**

- *конкурентний тиск у високорозвинених країнах*, який призводить до пошуку можливостей зниження собівартості товарів шляхом залучення субпідрядників і скорочення заробітної плати;

- *небажання громадян країни виконувати фізичну працю*, через підвищення рівня освіти, соціального захисту (страхування на випадок безробіття, допомога багатодітним сім'ям, встановлення мінімального рівня заробітної плати) і завищені очікування;

- *підвищення рівня зайнятості жінок* – громадян високорозвинених країн, що обумовлює попит на домогосподарок, няньок та доглядальниць за літніми людьми;



- *споживчий попит на товари та послуги за низьку ціну і з швидкою доставкою;*
- *розвиток секс-індустрії та розважальної індустрії, отже, зростання попиту на сексуальні послуги;*
- *відсутність ефективної системи контролю і низька активність правоохоронних органів;*
- *ігнорування і порушення прав людини;*
- *висока прибутковість та низький ризик бізнесу, пов'язаного з торгівлею людьми;*
- *недостатня поінформованість населення;*
- *корумпованість співробітників міграційних та митних органів у країні походження, транзиту і призначення.*

На практиці торгівля людьми здійснюється шляхом вчинення ряду дій, які у своїй сукупності і складають її поняття:

- **вербування** (як правило воно здійснюється шляхом підкупу, обману, викрадення, зловживання владою чи залежним становищем жертви, погрози чи іншого виду примусу);
- **транспортування** (тобто перевезення „живого товару” до країни-реципієнта);
- **передача** (купівля-продаж, обмін чи інші оплатні або безоплатні форми передачі „права власності” на людину);
- **експлуатація** (примушування до заняття проституцією, використання у порнобізнесі, залучення у злочинну діяльність тощо).

Торгівлею людьми в більшості випадків займаються добре організовані злочинні угруповання, транснаціональний характер яких робить ці злочини майже безкарними з практичної точки зору, а наявність обов'язкової мети наступного продажу чи іншої передачі іншій особі (при переміщенні через державний кордон України) і необхідної вимоги усвідомлення винним подальшої мети такої діяльності (сексуальної експлуатації, залучення у злочинну діяльність, використання у порнобізнесі та інших, передбачених у ст. 149 Кримінального Кодексу України) ще більше ускладнює процес доказування. Це стає можливим, переважно, лише у двох випадках: 1) якщо винний сам виконав усі дії щодо передачі людини іншій особі (вербування, перевезення, продаж); 2) якщо винний постійно, систематично постачає „живий товар” покупцям дітей для

використання їх у жебракуванні чи, скажімо, жінок для сексуальної експлуатації.

Мета у даному виді злочину має альтернативний характер: винний, заволодівши особою і перевізши її через державний кордон України з метою продажу чи іншої передачі, усвідомлює, що в подальшому ця особа буде використовуватися в одній із зазначених у статті 149 Кримінального Кодексу цілях.

Торгівлю людьми, залежно від мети, можна поділити на:

- 1) торгівлю жінками і дітьми з метою використання їх у сексуальних цілях (для виробництва порнографічних матеріалів чи заняття проституцією);
- 2) торгівлю людьми з метою експлуатації їхньої праці;
- 3) торгівлю людьми з метою залучення у боргову кабалу;
- 4) торгівлю людьми з метою використання у збройних конфліктах;
- 5) торгівлю людьми з метою втягнення у злочинну діяльність;
- 6) торгівлю дітьми з метою усиновлення (удочеріння) в комерційних цілях.

Залежно від місця проживання „покупця” можна виділити два види торгівлі людьми: 1) *внутрішньодержавна* (продаж чи інша оплатна передача людини); 2) *міждержавна або транснаціональна* (здійснення стосовно людини будь-якої незаконної угоди, пов’язаної із законним чи незаконним переміщенням за її згодою або без згоди через державний кордон України з визначеною у статті 149 Кримінального Кодексу метою).

Основною і першочерговою причиною торгівлі людьми є нерівномірність соціально-економічного розвитку окремих регіонів світу. Це призвело до того, що в контексті даного злочину всі країни світу можна поділити на дві частини. Першу з них складають так звані **країни-донори** – держави, громадяни яких стають жертвами торгівлі людьми. Як правило, це постіндустріальні країни зі слабо розвинутою економікою та низьким рівнем соціальної захищеності населення. Друга частина – це **країни-реципієнти** (держави, на територію яких ввозиться „живий товар”), до яких належать країни з високим соціально-економічним рівнем розвитку. Розглядаючи механізм здійснення торгівлі людьми, необхідно виділити і поняття „**країна-транзит**”. Це держава, через територію якої „живий товар” переправляють до країни-реципієнта. Переважно в якості країн-

транзитів використовуються держави з високим рівнем корупції та відносною „прозорістю” кордонів.

Україна сьогодні здебільшого є країною-донором і країною-транзитом.

Зростання безробіття, особливо жіночого (понад 80%), неухильне і стрімке зниження життєвого рівня населення, вихід країни на світовий ринок обміну товарів і послуг створили сприятливі умови для поширення торгівлі людьми і в Україні. Окрім вищевказаних причин важливу роль у цьому відіграла специфіка географічного положення України і „прозорість” її кордонів. Усе це в сукупності призвело до того, що Україна опинилася на перетині світових шляхів транспортування жертв торгівлі людьми, а її громадяни постійно поповнюють „лави” останніх.

Основними країнами-реципієнтами „живого товару” з України є країни Західної Європи (Німеччина, Італія, Іспанія, Бельгія), а також Туреччина, Греція, Ізраїль, США, Об’єднані Арабські Емірати та ін. Останнім часом неухильно зростає потік громадян України, що різними шляхами виїжджають до Австралії.

Щодо усиновлення, як форми торгівлі дітьми, то найбільшим „попитом” українські немовлята користуються серед громадян США, Італії, Ізраїлю, Канади, Німеччини, Іспанії та країн СНД.

Поняття „торгівля людьми” охоплює широке коло соціальних явищ: об’єктами цього злочину можуть стати будь-які особи, незалежно від статі та віку. Але найчастіше жертвами „торгівлі людьми” стають жінки та діти.

**Торгівля жінками.** Жінки стають досить легкою здобиччю торговців людьми. Можна стверджувати про „фемінізацію міграції”, в результаті якої все більше жінок та дівчат стають жертвами торгівлі людьми. За наявними даними 56% потерпілих від торгівлі людьми, яких використовують для примусової праці, – це жінки й дівчата, а у сфері примусової комерційної сексуальної експлуатації їх переважна більшість – 98%. Таким чином, переважно жінки стають жертвами безпринципних роботодавців, які розглядають їх як дешеву робочу силу, котру легко контролювати й експлуатувати.

На національних ринках праці жінки потерпають від дискримінації у різний спосіб:

- рівень жіночого безробіття вищий;
- рівень заробітної плати жінок, зазвичай, нижчий;

- їх праця здебільшого відноситься до певної обмеженої кількості видів роботи, особливо тих, які пов'язані з традиційними поглядами на роль жінок у якості доглядальниць та домогосподарок, а також із сексуальними стереотипами;

- у них не тільки менше шансів знайти пристойну роботу, вони ще й мають менше можливостей здобути освіту;

- жінки приречені виконувати непривабливі види робіт, які не потребують високої кваліфікації, низькооплачувані і виконуються в гірших умовах, часто в секторах тіньової економіки, де є дефіцит робочої сили, де не застосовується трудове законодавство і не діє соціальний захист;

- часто вони працюють там, де немає організацій, які б представляли їхні інтереси, оскільки це здебільшого сектори, де працівники неорганізовані і не мають права брати участь у колективних переговорах;

- часто вони виконують індивідуальну роботу, що передбачає більшу ізоляцію і відсутність можливості мати доступ до інформаційних каналів та соціальної допомоги.

Взагалі, така дискримінація на ринку праці обумовлює бідність жінок („фемінізація бідності”), а отже, жінки частіше наражаються на ризик потрапити до торгівців людьми. Крім того, слід зазначити, що:

- переважна більшість робочих місць, що надаються через законні канали працевлаштування, призначена для чоловіків (робота на будівництві та в сільському господарстві);

- жінки не мають доступу до надійних інформаційних джерел;

- саме жінки вимушені проходити через ускладнені, обмежувальні, розтягнені в часі та дорогі бюрократичні процедури, пов'язані із законною міграцією. Деякі країни узаконили такі процедури, щоб захистити жінок, забороняючи або обмежуючи їх можливості працевлаштування за кордоном;

- жінкам більше, ніж чоловікам, бракує фінансових ресурсів для законної міграції;

- специфіка роботи і форми міграції часто призводять до того, що жінки вимушені звертатися за допомогою до сумнівних посередників.

Метою торгівлі жінками можуть бути: примусовий шлюб, примусова праця, сервітут (робота офіціантки), насильницьке використання в домашньому господарстві, насильницьке використання у промисловому або сільському господарстві, народження дитини примусово чи на замовлення, використання у легальному та нелегальному сексуальному бізнесі.

Здебільшого, українські жінки їдуть за кордон у пошуках роботи та використовують будь-які можливості, щоб потрапити туди. Способи вербування жінок є різноманітними та, в той же час, традиційними для цієї сфери. В першу чергу – це **об'яви про працевлаштування за кордоном**. Вони друкуються у засобах масової інформації, що пропонують роботу для громадян України. Згідно чинного законодавства, фірми, які займаються працевлаштуванням українців за кордоном, повинні отримати ліцензію Міністерства праці та соціальної політики, що за існуючого рівня бюрократії зробити нелегко. Тому такі фірми не йдуть на „кримінальні” справи. Отже, об'яви в газетах дають окремі посередники або фіктивні, ніким не зареєстровані фірми. Перевірити наміри таких працедавців зусиллями лише українського боку дуже складно. В Україні не існує законів, на підставі яких це було б можливим.

Багато жінок виїжджають **за запрошенням випадкових „знайомих”**, іншими словами, через мережу посередників та постачальників, які не оформлені у легальні фірми.

Ще одним шляхом „вивозу” українських жінок за кордон є **туристичні подорожі**. На відміну від фірм, що надають працевлаштування, туристичні фірми офіційно оформлюють туристичні візи, які не дають права на легальне працевлаштування, тому українські жінки починають працювати за кордоном нелегально на свій страх та ризик. Відповідальності за їхні долі туристичні агентства не несуть.

Наступний шлях „вивозу” – це **шлюбні об'яви та контракти**. Багато українських жінок мріють вийти заміж за іноземця. Існує практика запрошення жінок через шлюбні агенції, ніби для заміжжя. На відміну від фірм, що займаються працевлаштуванням за кордоном, ці агенції взагалі не повинні отримувати жодних ліцензій та перевірятися будь-ким. І те, яка доля чекає на наших співвітчизниць, ніхто не може спрогнозувати. За таку жінку чоловіки, що звернулися до агенції, сплачують великі гроші, а потім можуть її перепродати або, використавши, повернути.

При цьому психічне та моральне відшкодування вони сплачують не жертві, а той фірмі, яка продала „товар”.

Відомі випадки потрапляння до сексуального рабства навіть *через Internet* – всесвітню „мережу наречених”, коли дівчата залишають свої фотокартки на сайтах знайомств.

Крім того, віднедавна для українців стала доступною *система AUPAIR*, метою якої є культурний обмін серед молоді. Основні вимоги: вік від 18 до 24 років та відсутність власної сім'ї та дітей. Система передбачає проживання в сім'ї, допомогу у догляді за дитиною та виконання поточної домашньої роботи (30 годин на тиждень). Сьогодні в Україні існує багато агенцій, що займаються працевлаштуванням за цією системою, серед яких часто зустрічаються і фіктивні.

**Торгівля дітьми.** Велику тривогу викликає постійне омолодження дитячої проституції і порнографії. За оцінками ООН близько 1 млн. дітей у світі починають свій шлях на міжнародному ринку сексуальних послуг. Організована злочинність займається цим бізнесом через його прибутковість і практично безкарність.

Можна виділити наступні причини постійного збільшення кількості дітей, які продаються з метою використання в сексуальних цілях:

- глобалізація економіки і підвищення трудової мобільності населення;
- зростання попиту на послуги сексуального характеру в розвинутих країнах;
- високий рівень безробіття серед жінок і поступове збільшення числа дітей-сиріт та соціальних сиріт;
- збільшення числа користувачів мережі Internet (щодо дитячої порнографії).

**Дитяча порнографія.** В сучасний період збільшується кількість випадків торгівлі дітьми, вчиненої з метою використання їх у **порнобізнесі** (ч. 1 ст. 149 Кримінального Кодексу), під яким розуміється повністю чи частково дозволений в даній країні, або ж заборонений, вид підприємництва, пов'язаний зі звідництвом для проституції, сутенерством, утриманням будинків розпусти, виготовленням, збутом і розповсюдженням предметів порнографічного характеру.

Останнім часом прослідковується така тенденція: вік дітей, що стають жертвами торгівлі людьми і використовуються в порнобізнесі,

постійно зменшується. Дитяча порнографія омолоджується, стає все більш жорстокою і витонченою. Часто зустрічаються випадки і сцени сексуального характеру і насильства з дітьми 3-5-річного віку, а іноді і над немовлятами. Найчастіше торгівля дітьми здійснюється з метою подальшого їх залучення і використання у виробництві порнографічних матеріалів. Порнографічними матеріалами визнають такі, що містять наступні ознаки:

1) становлять собою матеріальний носій інформації (фільми, кліпи, фотопродукція, картини тощо);

2) інформація, яку вони містять, у грубій натуралістичній формі зображає статеве життя людей у різних його формах, в тому числі і в нетрадиційних та неприродних (статеві органи, сексуальні відносини між особами однієї чи різних статей);

3) мають своїм призначенням збудження статевої пристрасті інших осіб, провокування їх статевої агресії.

Як правило, дитяча порнографія виготовляється для жителів індустріально розвинутих країн (Нідерланди, Бельгія, Австрія, Німеччина, Швейцарія, США, Італія, Ізраїль, Греція, Туреччина), а об'єктами сексуального домагання стають діти з країн, що характеризуються низьким рівнем соціально-економічного розвитку (Китай, Таїланд, Росія, Україна, країни Балтії та Східної Європи). У мережі Інтернет розповсюджується до 75% усієї дитячої порнопродукції.

Торгівля дітьми з метою подальшого їх використання у виробництві порнографічних матеріалів, як правило, здійснюється добре організованими злочинними групами. У більшості випадків ті, хто працює над створенням порносайту, не знають організаторів даного злочину.

Хоча за офіційними даними в Україні реєструється незначна кількість випадків дитячої порнографії, проте об'єктами її часто стають саме українські діти. Сьогоднішні „діти вулиці” являють собою приманку, що притягує іноземних педофілів, злочинні організації, продюсерів і дистриб'юторів (розповсюджувачів) порнофільмів, які прагнуть використати дітей для отримання злочинних доходів.

**Дитяча проституція.** Основною метою торгівлі людьми, зокрема жінками та дітьми, є їх сексуальна експлуатація, яку слід розуміти як вид експлуатації праці особи в галузі проституції. **Проституція** – це систематичне надання сексуальних послуг за

гроші чи іншу матеріальну винагороду. До сексуальної експлуатації відноситься також примушування до надання разових сексуальних послуг (разовий комерційний статевий акт), до співжиття з метою отримання сексуального задоволення та інше.

Сьогодні ринок слов'янських жінок і дітей в розвинутих країнах Північної Америки, Західної Європи та Північної Азії є одним із найбільш прибуткових. Жінки з України, Росії, Білорусі користуються величезним попитом, а в азіатських країнах навіть є символом соціального престижу чоловіка.

Процедура здійснення торгівлі людьми з метою сексуальної експлуатації, зокрема проституції, проходить кілька ланок, на кожній з яких дії здійснюються різними суб'єктами.

Першою ланкою в цьому процесі виступають **вербувальники**, тобто особи які „рекламують” прекрасні „місця роботи” (для молодих жінок) чи шляхом умовлянь, подарунків, обіцянок гарного одягу тощо, заманюють у свої тенета неповнолітніх. Як правило, вербувальниками виступають особи тієї ж національності, що і діти, яких прагнуть продати. У деяких випадках ними можуть виступати навіть родичі дитини. Шляхи заманювання дітей різноманітні: від обіцянок подарунків, грошей, їжі, власного даху над головою до виїзду за кордон начебто для відпочинку чи на навчання. Вербувальниками дітей для заняття проституцією часто виступають туристичні агентства. Частіше всього вербувальники працюють у тісному зв'язку з особами, що утримують будинки розпусти, вони організують і оплачують проїзд майбутніх жертв за кордон. Полегшує їх діяльність і високий рівень корумпованості державних службовців, працівників правоохоронних органів, міграційних служб, митних органів, консульств і дипломатичних представництв.

Наступними виступають **перевізники** – це особи, відповідальні за процес перевозу дітей за кордон до країни-реципієнта. Вони відповідають за охорону „товару”, шляхом чинення різних дій (підкупу, обману тощо) забезпечують проходження митного контролю чи знаходять шляхи його уникнення. Перевізники відповідають і за „доставку” дітей до місця призначення.

Третьою ланкою у цьому злочинному ланцюгу можна виділити **сутенерів**. Це особи, які вживають заходів до того, щоб продані для заняття проституцією діти „сумлінно працювали”. Як правило, саме вони повинні роз'яснити жертвам їх обов'язки,



контролювати процес їх експлуатації в сексуальній сфері, слідкувати за сплатою клієнтами винагороди та забезпечувати те, щоб їх „підопічні” не втекли з нічного клубу чи будинку розпусти.

Завершують цей ланцюг **замовники**. У більшості випадків це власники нічних клубів чи борделів. Саме вони і організують весь процес торгівлі людьми, хоча організація дій на кожному окремому етапі може бути довірена й іншим особам, відповідальним за нього.

Отже, торгівля з метою сексуальної експлуатації – це добре організований злочинний бізнес, який дає колосальні прибутки. Як правило, вона здійснюється добре організованими злочинними угрупованнями.

Проте, як і у випадках з торгівлею дітьми з метою використання їх у порнобізнесі, складність полягає в доказуванні інтелектуальної ознаки умислу вербувальників, а саме усвідомлення ними того, з якою метою здійснюється процес вербування.

**Усиновлення іноземцями як форма торгівлі дітьми.**  
**Усиновлення (удочеріння) в комерційних цілях** – це оформлене спеціальним юридичним актом прийняття у сім'ю неповнолітньої дитини на правах сина (дочки) для її наступного використання у жебрацтві, занятті азартними іграми, а також для подальшого укладення щодо неї договорів купівлі-продажу, міни та інших, пов'язаних з фактичною передачею права власності.

Конвенція ООН про права дитини передбачає, що держава повинна вжити всіх заходів щодо запобігання торгівлі дітьми, з якою б метою вона не здійснювалась, а також не допускати отримання невинуватих матеріальних доходів, пов'язаних з усиновленням дітей в іншій країні. Проте корупція та організована злочинність проникли і в цю сферу.

Для кваліфікації дій за ст. 149 Кримінального Кодексу України, ознака умислу винного повинна характеризуватися повним усвідомленням комерційних цілей такого усиновлення. Проте, ця вимога практично унеможливує застосування даної статті. Для обґрунтування цього твердження необхідно розглянути сам механізм здійснення торгівлі дітьми з метою усиновлення іноземцями.

Усиновлення дітей-сиріт іноземцями передбачене в Порядку передачі дітей, які є громадянами України, на усиновлення громадянам України та іноземним громадянам і здійснення контролю за умовами їх проживання у сім'ї їх усиновителів від 20.07.1996 р. Цей документ передбачає процедуру усиновлення,

порядок і строки розгляду заяви Центром усиновлення дітей та іншими умовами. Проте, усиновленню підлягають діти, що перебувають на обліку не менше одного року, а це влаштовує далеко не всіх іноземців, особливо якщо усиновлення здійснюється у комерційних цілях.

Структуру організації дій по торгівлі дітьми з метою усиновлення іноземцями, спираючись на факти, можна представити так:

1) **вербувальники** – переважно це посадові особи (директори дитячих будинків, представники відділів освіти), працівники перинатальних центрів, які мають безпосередній доступ до інформації про дітей-сиріт. Саме вони і „виставляють товар на продаж”. Як правило, продажу підлягають діти, позбавлені батьківського піклування;

2) **посередники** – це переважно колишні директори дитячих будинків, які, спираючись на досвід попередньої роботи і використовуючи різноманітні шляхи в обхід закону, знаходять доступ до цих дітей. У їхні обов’язки входить: виявити дітей, які можуть бути замовлені, „узгодити” цей список з місцевою владою і адміністрацією дитячих закладів і доповісти про це організації, що займається торгівлею дітьми. Якщо ж мова йде про випадки усиновлення новонароджених (усиновлення яких є незаконним), то посередники повинні вийти на вербувальників, (переважно це лікарі пренатальних центрів) і узгодити з ними кількість, вік, строки передачі „живого товару”;

3) **торговці** – це організації чи окремі особи, які займаються торгівлею дітьми. Ці особи організують торгівлю дітьми, підбирають посередників і керують їх діяльністю, розпоряджаються отриманим „товаром”. Справи дітей не можна назвати ні справою лікарів, ні справою чиновників. Слідству майже ніколи не вдається вийти на організаторів всеукраїнського бізнесу на немовлятах. Вони завжди захищені сіткою корумпованих зв’язків із представниками державної влади.

Іноді у цьому злочинному ланцюгу присутній так званий **перевізник** – стороння особа, яка за плату перевозить дітей за кордон – до держави-реципієнта.

З іншого боку в цьому ланцюгу знаходяться **замовники** – особи, для потреб яких і привозиться дитина. Іноді потреби замовників відповідають інтересам дитини, але частіше вони носять

явно злочинний характер. Факти підтверджують, що існує ціла дитяча порноіндустрія, в яку залучаються діти, всиновлені іноземцями. У цьому немає нічого дивного: при незаконності дій посередників відсутні гарантії законності наслідків угоди. І були вже випадки, коли іноземці одразу ж після усиновлення використовували дітей в корисливих цілях.

Найважливішою передумовою успішної протидії торгівлі людьми є, перш за все, **організація урядами законних каналів для міграції**. Якщо більшість мігрантів користуватиметься законними каналами для працевлаштування за кордоном, компетентним органам влади буде легше відстежити й покласти край незаконній діяльності. До того ж, законні міграційні потоки можуть мати загалом позитивний вплив на розвиток суспільства. Мається на увазі:

1) **координація міграційної та внутрішньодержавної політики зайнятості населення**, наприклад: стимулювати експорт працівників, кваліфікаційні навички яких не користуються значним попитом на внутрішньому ринку праці або ж, навпаки, стримувати від'їзд за кордон спеціалістів, на які є попит на національному ринку праці;

2) **моніторинг грошових переказів з-за кордону**, що їх роблять мігранти, стимулюючи їх подальше інвестування в національну економіку;

3) **ефективне використання навичок**, що їх набули мігранти під час трудової діяльності за кордоном.

Політика, що координує процес працевлаштування працівників за кордоном, має бути спрямована перш за все на врегулювання міграційних потоків. Можливі наступні напрямки такої політики втручання на різних етапах міграційного процесу:

- *встановлення стандартів та їх узаконення* – розроблення правил і положень, які регулюють процес міграції;

- *нагляд за діяльністю приватних агентств із працевлаштування* – моніторинг їхньої діяльності, забезпечення дотримання ними правил і норм;

- *розвиток, розширення іноземних ринків праці* – вивчення попиту на робочу силу працівників-мігрантів за кордоном та його стимулювання;

- *моніторинг і управління пропозицією працівників-мігрантів* – ведення бази даних про потенційних мігрантів, які мають намір

працювати за кордоном, шляхом, наприклад, створення бази даних з характеристиками потенційних мігрантів;

- *надання додаткових послуг*, пов'язаних із міграцією (можуть стосуватися різних етапів міграційного процесу). Наприклад, організація мовних курсів для мігрантів, котрі вирушають за кордон, або надання допомоги з реінтеграції в суспільство тим, хто вже повернувся;

- *грошові перекази*: встановлення правил переказу грошових коштів громадянами з однієї країни в іншу;

- *заощадження та інвестиції мігрантів*: стимулювати мігрантів інвестувати свої заощадження в національну економіку, наприклад, надавати їм пільгові умови для заснування власної справи;

- *повернення кваліфікованих або талановитих спеціалістів на батьківщину*: слід створювати умови, щоб працівники-мігранти, які повернулися на батьківщину, могли застосовувати знання і навички, набуті за кордоном.

Окрім іншого, пріоритетним напрямом політики регулювання працевлаштування працівників за кордоном має бути **захист мігрантів від зловживань у процесі найму**, що можуть призвести до їх втягнення у торгівлю людьми та примусову працю.

Якщо міграція набуває масового характеру, уряди можуть обрати **один із підходів до політики її регулювання**:

- 1) вони можуть дозволити мігрантам вільно пересуватися, розраховуючи лише на дію ринкових сил у регулюванні цих потоків.

- 2) уряди можуть віддати перевагу жорсткому регулюванню міграційних потоків, позбавляючи мігрантів чи приватних агентств будь-якої свободи дій.

- 3) нарешті, вони можуть обрати змішаний підхід, при якому держава визначає основні напрямки політики і втручається з метою внесення певних коректив, якщо того потребує несприятлива ринкова ситуація, та залишає приватним фірмам відносну свободу дій у регулюванні міграційних потоків.

Правомірне, зважене втручання держави здатне захистити мігрантів від ризиків зловживань та дозволити їм одержати максимальну вигоду від поїздки за кордон.

У сфері політики міграції робочої сили різні інститути виконують різні обов'язки. Однак зазвичай цими питаннями займаються Державна міграційна служба та Державна служба зайнятості.

**Державна міграційна служба** відповідає за таке:

- розроблення й координація політики міграції та працевлаштування за кордоном, включаючи створення привабливого іміджу мігранта;
- впровадження заходів з регулювання та втілення цієї політики;
- переговори, підписання двосторонніх угод і договорів;
- стимулювання співробітництва з партнерськими інститутами;
- організація інформаційно-просвітницьких кампаній;
- впровадження низки заходів, які б гарантували надання мігрантам допомоги у разі виникнення непередбачених ситуацій за кордоном.

**Державна служба зайнятості** займається питаннями врегулювання ситуації на внутрішньому ринку праці. В багатьох країнах вона також займається розробкою і впровадженням програм стимулювання ринку праці, які націлені на покращення навичок і збільшення можливостей працевлаштування для тих, хто шукає роботу, і ця організація надає інформацію про ситуацію на ринку праці. Функціями Державної служби зайнятості є:

- демонстрація стандартів і норм належної практики роботи на всіх етапах процесу працевлаштування – від подання заяви людиною, яка шукає роботу, до моменту працевлаштування на конкретне робоче місце, наприклад, стандарти щодо оголошень про вакансії, процедури відбору працівників, тестування їх навичок тощо;
- забезпечення відповідності між попитом на спеціалістів з певною кваліфікацією та пропозицією (у разі невідповідності – організація курсів підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки);
- хоча основним обов'язком державної служби зайнятості є регулювання ринку праці, вона також може займатися збором та систематизацією інформації про наявність робочих місць за кордоном, права мігрантів, умови праці та її оплати, а також культурні звичаї й норми, що існують у країні призначення мігрантів;
- встановлення процедур відбору приватних агентств, які виконуватимуть роль субпідрядників, обслуговуючи певні програми працевлаштування за кордоном. Критерії вибору агентств мають бути високими, щоб забезпечити належний рівень виконання програм;

- відповідальність за організацію реінтеграційних програм для мігрантів, котрі повернулися на батьківщину.

У промислово розвинутих країнах Державна служба зайнятості зазвичай не виконує функцію регулювання ринку праці; це завдання відноситься до компетенції державних органів влади з питань регулювання ринку праці, таких як міністерство праці і дотичні державні інститути. Проте у країнах, що розвиваються, Державна служба зайнятості часто виконує регулюючу функцію. Це може бути, наприклад, у випадку, коли немає Державної міграційної служби або коли єдиним функціонуючим інститутом з питань працевлаштування є Державна служба зайнятості. В результаті остання бере на себе більш широке коло зобов'язань, в тому числі функції регулювання у сфері:

- працевлаштування іноземних працівників;
- працевлаштування громадян цієї держави за кордоном;
- здійснення контролю за діяльністю приватних агентств із працевлаштування.

У деяких країнах може не бути навіть цих державних інститутів. Наприклад, в Іспанії, країні, яка колись була країною походження трудових мігрантів, державний департамент з питань міграції був ліквідований, і повноваження з регулювання міграційних процесів перейшли до Міністерства праці і соціальної політики.

**Приватні агентства** функціонують таким чином:

- або вони обслуговують міграційні програми, вигравши відповідний тендер, що його оголосила Державна служба зайнятості, отримавши статус субпідрядників та працюючи під наглядом державної служби зайнятості. Вони діють від імені та за дорученням останньої, і таким чином фактично продають свої послуги державі;

- або ж приватні агентства пропонують свої послуги незалежно від державної служби зайнятості, конкуруючи з нею. Сферою конкуренції в цьому випадку є контролювання міграційних потоків, тобто все, що пов'язане з поданням оголошень, тестуванням та відбором працівників, їх найманням за дорученням іноземного роботодавця, організацією відправлення працівника до місця праці в країну призначення, включаючи його перевезення.

Представники багатьох приватних агентств із працевлаштування стверджують, що в конкурентній боротьбі з Державною службою зайнятості вони мають беззаперечні переваги, тому що діють

ефективніше, а якість їхніх послуг вища. І дійсно, приватні агентства мають певні переваги, особливо, коли мова йде про:

- пошук робочих місць і оцінку перспектив іноземного ринку праці;
- співробітництво з іноземними агентствами, коли приватні агентства з країн походження мігрантів виступають у ролі посередників, приймаючи замовлення від своїх іноземних колег.

**Аташе з трудових питань або з питань міграції** є ключовими фігурами в управлінні міграційними потоками, вони підзвітні органу, що займається питаннями міжнародної міграції, і прикріплені як непрофесійні дипломатичні співробітники до консульств (посольств) у країнах працевлаштування. Вони мають вирішувати проблеми, якщо такі виникають, або ж запобігати їх виникненню взагалі. Нижче наведені деякі функції аташе:

- пропагування (маркетинг) програм працевлаштування за кордоном;
- забезпечення державних міграційних департаментів своїх країн інформацією щодо репутації певних роботодавців, рівня заробітної плати, умов праці, законодавчої бази, прав мігрантів (в т. ч. свободи об'єднання) тощо;
- підтримка контактів із місцевою інспекцією праці, інформування її або ж одержання інформації від неї щодо забезпечення згідно з існуючим законодавством відповідних умов праці мігрантів;
- перевірка сумнівної інформації, відстеження сумнівних посередників, ймовірних торговців людьми;
- встановлення контактів із неприбутковими організаціями, котрі надають допомогу мігрантам і розташовані в країнах призначення;
- вирішення спорів через посередництво і примирення;
- подання скарг у випадку, якщо порушені умови трудового контракту, інформування місцевої поліції про випадки незаконного працевлаштування та зловживань;
- прийом мігрантів зі скаргами (побажаннями) та вжиття відповідних заходів;
- заохочення мігрантів до об'єднання в асоціації, що представлятимуть їхні інтереси;

- вжиття необхідних заходів у разі виникнення потреби репатріації мігранта.

Серед основних **технологій соціальної роботи**, які використовуються з метою попередження торгівлі людьми та надання допомоги жертвам таких злочинів, слід зазначити соціальну профілактику, соціальну реабілітацію та соціальний супровід осіб, що постраждали від торгівлі людьми.

Соціальна **профілактика** в даній сфері має бути спрямована на викриття, локалізацію, попередження цього явища, обмеження, усунення умов і причин його існування. Профілактична робота включає комплекс підходів:

- 1) інформаційний (просвітницький, який розкриває сутність торгівлі людьми);
- 2) діяльнісний (включення до ситуацій, що вимагають втручання з метою захисту і надання допомоги);
- 3) соціально-економічний (забезпечення рівних умов та можливостей у суспільстві);
- 4) силовий (що базується на страху перед покаранням).

Соціальна профілактика здійснюється через такі основні форми:

- соціальна реклама, яка розкриває сутність, форми, наслідки торгівлі людьми, шляхи виходу з кризової ситуації. Вирішенню цього завдання сприяють ЗМІ, розповсюдження буклетів, брошур, листівок, іншої друкованої продукції;
- соціологічні дослідження, результати яких є основою для застосування тих чи інших заходів профілактики;
- допомога у перевірці благонадійності потенційних роботодавців, пояснення можливих наслідків шлюбів по листуванню;
- проведення роз'яснювальної роботи з особами, що виїжджають за кордон, з питань попередження торгівлі людьми;
- правове просвітництво населення України (ознайомлення з чинним законодавством щодо попередження торгівлі людьми, покарання за цю діяльність);
- просвітництво батьків та молоді щодо прав дітей, щодо навчання і працевлаштування за кордоном;
- допомога об'єктів соціальної роботи у вирішенні життєвих проблем (роботи, житла) за місцем проживання, з тим, щоб вони не шукали щастя за кордоном.



Соціальна профілактика торгівлі людьми може бути первинною, вторинною і третинною.

**Первинна соціальна профілактика** – найбільш масова і неспецифічна. Її метою є формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю, який забезпечує реалізацію прав, задоволення потреб та інтересів. Соціальна робота тут носить інформаційний характер, оскільки спрямована на формування в особистості неприйняття явища та категоричну відмову від маніпуляцій.

**Вторинна соціальна профілактика** є в основному груповою. Її метою є зміна мало адаптивної, дисфункціональної, ризикованої поведінки на адаптивну. Іншими словами, вона передбачає зміну ставлення до себе та оточуючих і навчання поведінці, формування досвіду поведінки в ситуаціях, які можуть привести до потрапляння в рабство. Вторинна соціальна профілактика спрямована на дітей та молодь „групи ризику”.

**Третинна соціальна профілактика** спрямована на інтегрування в суспільство осіб, які потерпіли від торгівлі людьми, з метою запобігання повторного потрапляння в подібну ситуацію. Третинна соціальна профілактика передбачає виявлення причин та особливостей поведінки і свідомості особи, які привели до виникнення проблеми, а також усунення причин через перенавчання людини, підвищення її соціального статусу, підтримку у влаштуванні в житті. Третинна профілактика є в основному індивідуальною і передбачає тривалу роботу і комплекс соціальних послуг.

Отже, у соціально-профілактичній роботі з попередження торгівлі людьми необхідний диференційований підхід:

- для всього населення (масові форми);
- для окремих груп ризику (групові форми);
- для конкретних громадян, що займаються певним видом діяльності, пов’язаної з поїздками за кордон, фінансовими операціями і т.д. (індивідуальні форми).

Соціальна профілактика в першому випадку полягає в громадському, правовому, економічному просвітництві населення.

Вільними „нішами” для соціальних працівників у сфері запобігання торгівлі людьми є:

- громадянське просвітництво дорослого населення (затвердження гендерної рівності у суспільстві, права та

педагогічна підготовка батьків, формування толерантності у взаєминах між людьми);

- економічне просвітництво підприємців-початківців, молоді;
- конкретне правове просвітництво населення з питань торгівлі людьми.

Профілактична робота з людьми, що належать до груп ризику, передбачає вивчення проблем цих груп, характеру небезпек, що загрожують їм (молодих жінок і дітей використовують в основному в секс-бізнесі, для трансплантації органів; чоловіків – для рабської праці на підпільних підприємствах і т.д.).

Доцільно проводити таку роботу спільно з потерпілими від торгівлі людьми (волонтерами), з використанням розповідей, відеоматеріалів про те, що трапилося з ними; організувати тренінги, лекції, семінари для тих, хто тимчасово виїжджає за кордон, запрошувати їх у визначені дні та години пройти в цілях їхньої ж безпеки навчання з цієї проблеми (що вимагає співпраці з департаментом з питань громадянства і міграції МВС України).

Окремим напрямком є індивідуальна робота з громадянами, яких цікавлять не загальні питання, а пов'язані з конкретним видом пропонованої їм діяльності (домробітниця, гувернантки, танцівниці, будівельники, збирачі врожаю тощо). Цим людям потрібна допомога у перевірці благонадійності роботодавців, посередницьких фірм, що вимагає контактів з державними структурами (правоохоронними органами, службами зайнятості) та громадськими організаціями, в тому числі за кордоном, які володіють такою інформацією.

Змістом профілактичної роботи, з урахуванням особливостей об'єктів профілактики, є: забезпечення особистої безпеки і захист прав людини за кордоном, створення і надання ресурсів допомоги у скрутній ситуації. Цьому багато в чому сприяє служба телефонів довіри. Телефони довіри працюють у центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, в багатьох неурядових організаціях: Міжнародному жіночому правозахисному центрі „Ла Страда – Україна”, центрах „Жінка для жінки”, в організаціях „Жіноче співтовариство”, „Молодіжний центр жіночих ініціатив” та інших.

Основними питаннями, з якими звертаються клієнти до служб телефонів довіри, є:

- працевлаштування, навчання, відпочинок за кордоном;
- запити відносно зниклих за кордоном;

- одруження з іноземцями;
- виїзд за кордон на постійне місце проживання;
- розлучення з іноземцями та проблеми повернення дітей.

Найчастіше консультанти телефонів довіри надають консультації:

- тим, хто виїжджає за кордон;
- батькам (родичам) осіб, які виїжджають або виїхали за кордон;
- тим, хто повернувся з-за кордону, ставши жертвою торгівлі людьми.

Іншим найважливішим засобом соціальної профілактики є соціальна реклама, яка здійснюється через:

- ЗМІ: журнали, газети, телебачення, радіо, (статті, сюжети в новинах, кліпи, тематичні інтерв'ю, прес-конференції, розсилка прес-релізів);
- Інтернет: тематичні сайти, банери, електронна пошта;
- особисті контакти;
- державні і ліцензійні служби: лекції, семінари, тренінги, конференції, молодіжні вечори відпочинку, консультації, „круглі столи”;
- соціальну рекламу на транспорті: (метрополітен, автобуси, електрички);
- паспортні столи (настінна реклама, вкладки до загранпаспортів);
- мережеве розповсюдження рекламної продукції (із рук у руки);
- рекламні щити з оголошеннями з відривними талонами;
- пошту: рекламні листівки, брошури.

Основними методами соціальної роботи у сфері боротьби з торгівлею людьми є: інформування, розгляд негативних прикладів, розкриття перспектив, аналіз ситуацій, переконання, навіювання, інструктування, аналіз статистичних даних.

Форми роботи, які найчастіше використовуються у соціальній профілактиці торгівлі людьми: семінари, лекції, тренінги, поширення інформаційно-реklamної продукції, групові та індивідуальні консультації, які проводяться мобільними консультативними пунктами ЦСССДМ, спеціалізованої службою телефону довіри ЦСССДМ та центру „Ла Страда – Україна”.

У соціальній профілактиці торгівлі людьми поєднуються масові та індивідуальні форми роботи. Індивідуальні розраховуються на роботу з конкретними особами, що звернулися з власної ініціативи, які потребують додаткової інформації. Масові ж форми, що не потребують індивідуального підходу, повинні привертати увагу всіх: друкованою продукцією, поєднанням різних видів наочності, новизною і конкретністю інформації, її стислістю і ємністю, різноманітністю, яскравістю прикладів, повторенням найважливіших положень та рекомендацій у різних варіантах для кращого запам'ятовування. Групові форми роботи проводяться диференційовано за віком, статтю (підлітки, дівчата, юнаки), проблемами (безробітні, малозабезпечені), інтересами (люди, що йдуть за кордон працювати, вчитися, жити, вступати до шлюбу).

Наступним видом соціальної роботи у сфері боротьби з торгівлею людьми є **реабілітація** потерпілих. Від того, як жертву насильства і обману сприймуть близькі, суспільство у перші дні після визволення і повернення, значною мірою залежить її подальша доля. Нерідко неприйняття родиною, відчужене ставлення оточуючих штовхають таких потерпілих на нові ризиковані кроки з метою влаштування власного життя, і вони часто знову опиняються в руках торговців людьми.

Під реабілітацією маються на увазі дії, що застосовуються для надання першочергової допомоги потерпілим (поселення до притулку відразу після звільнення з рабства, зняття стресу, термінова медична допомога і т.п.), а потім – допомога у відновленні задовільного психічного та фізичного стану, статусу особистості у суспільстві, зв'язків з мікросоціумом. Об'єктами реабілітації стають безпосередньо потерпілі від торгівлі людьми, а також їхні родичі (чоловіки, особливо у випадку примусу жінки до заняття проституцією, діти, батьки). Час, необхідний для соціальної реабілітації потерпілих, – дуже індивідуальний, але в середньому складає близько одного місяця. Як правило, це той термін, протягом якого потерпілі містяться у притулках, кризових центрах і т.п.

Етапи реабілітації в соціальній роботі з потерпілими від торгівлі людьми:

1. **Ідентифікація проблеми:** отримання первинної інформації про потерпілого (місцезнаходження, наявність документів, стан здоров'я, матеріальний стан і т. п.).

2. **Втручання в ситуацію** – допомога в пошуку потерпілого за кордоном, звільнення з місця утримання (нерідко за участю силових структур), отриманні медичної та першочергової психологічної допомоги, оформлення документів на повернення, повернення додому і т.п.

3. **Корекція і зміна ситуації** (робота з потерпілими після повернення).

Інформація про потерпілих може надходити різними шляхами:

- „Гаряча лінія”;
- посольства та консульства України за кордоном;
- іноземні посольства в Україні та за кордоном;
- місії міжнародних організацій (МОМ, ОБСЄ);
- партнерські неурядові організації за кордоном;
- партнерські неурядові організації в Україні;
- правоохоронні органи України.

Як правило, соціальні працівники безпосередньо беруть участь у 1-му та 3-му етапах реабілітації і свою роботу з потерпілими будують через допомогу одразу після повернення. Вони допомагають вирішити першочергові життєві проблеми і паралельно починають роботу по відновленню особистості.

Реабілітація потерпілих від торгівлі людьми починається ще під час їхнього перебування за кордоном: пошук, звільнення з місця затримання, оформлення документів на повернення, повернення додому. Під час цих заходів люди відчувають турботу, підтримку, в деяких випадках закордонні неурядові та релігійні організації надають їм психологічну, медичну, матеріальну допомогу. Після повернення в Україну потерпілим надається психологічна, юридична, медична допомога, організовується відвідування курсів для придбання нових навичок з подальшим працевлаштуванням, за необхідності потерпілі забезпечуються притулком. Надається фінансова допомога (для лікування, навчання, відновлення документів тощо, а також родичам – для похорону загиблого).

Соціально-психологічна реабілітація потерпілих передбачає послідовну роботу відносно:

1) зміни їхнього ставлення до себе і своєї поведінки: сталося те, що сталося, із цим треба жити без комплексу провини, примиритися з минулим;

2) навчання жити в нових умовах: тут можлива професійна підготовка, встановлення нових зв'язків з мікросередовищем, адаптація до умов розриву з родиною і т.д.;

3) підготовки до розумного ризику, відповідального прийняття рішень (тобто вмінню враховувати ситуацію, умови, а не керуватися лише своїми емоціями та почуттями);

4) підготовки до самостійного життя: як жити в майбутньому, розраховувати на свої сили, бути впевненим у собі.

Реабілітація здійснюється протягом усього часу, поки людина не починає самостійно вирішувати свої життєві проблеми, не виходить зі стану кризи, не відновлює якість життя, про що свідчить нормалізація таких показників, як:

- фізичний стан і функції;
- психологічний стан (пізнавальна діяльність, емоційна сфера, самооцінка);
- рівень незалежності;
- соціальні зв'язки, відносини;
- навколишнє середовище.

У кожного потерпілого відновлення має свою тривалість, особливості. Прискоренню цього процесу сприяє системний підхід, при якому соціальна реабілітація відбувається через відновлення відносин:

- потерпілий – сім'я;
- потерпілий – мікросередовище (перш за все робота);
- потерпілий – суспільство.

Реабілітація по лінії „потерпілий – сім'я” передбачає три можливі випадки:

- 1) сім'я не приймає і засуджує потерпілого, відмовляє йому в допомозі;
- 2) сім'я приймає потерпілого, але не в змозі (або не знає як) надати йому допомогу;
- 3) сім'я приймає потерпілого і надає йому допомогу.

У першому випадку соціальні працівники допомагають потерпілим знайти нове місце в житті: житло, роботу і здійснюють в той же час роботу з відновлення фізичного та психічного здоров'я через надання соціально-медичних, психологічних та педагогічних послуг у комплексі. Результатом повинні бути: впевненість людини у своїй цінності, у своїх силах, здатність жити самостійно. Часто в цьому випадку доводиться допомагати людині в отриманні

професійної освіти, працевлаштуванні, вирішенні побутових проблем, возз'єднанні із сім'єю.

У разі, коли сім'я не приймає потерпілих, необхідна спеціальна робота з ліквідації розриву з сім'єю, зміцнення віри в допомогу, турботу, любов. Потрібно показати людині її цінність, вселити впевненість у тому, що вона зможе самостійно налагодити власне життя. Така робота проводиться у відповідності з етапами переживання втрати:

- 1) неприйняття звістки, відстороненість (передбачає організацію життя і діяльності, уважне вислуховування, перемикання уваги);
- 2) визнання звістки (рішення проблем, як із цим жити – через консультації, групи взаємодопомоги);
- 3) прийняття і відродження (навчання жити в нових умовах, допомога іншим людям).

У другому випадку реабілітаційна робота проводиться як безпосередньо з потерпілими, так і з їхніми сім'ями: членів сім'ї готують психологічно до прийняття потерпілих, навчають (через бесіди, консультації психологів, педагогів) розуміти їх, а не засуджувати, проявляти емпатію, слухати. Але така робота здійснюється, якщо члени родини цього хочуть, завдання соціальних працівників – запропонувати цей вид послуг, роз'яснити їх важливість для якнайшвидшої реабілітації потерпілих.

Тандем „члени сім'ї – соціальний працівник” допомагає не тільки у відновленні душевної рівноваги потерпілих, але і в пошуку спільними зусиллями ресурсів для вирішення виниклих проблем: на основі вивчення інтересів, можливостей, оточення, матеріального становища сім'ї уточнюється план реабілітації, намічаються альтернативні варіанти вирішення проблем, вибір з яких буде робити потерпілий. Соціальні працівники при роботі з потерпілими постійно підкреслюють готовність допомогти, а членам сім'ї нагадують про цінність їхньої участі в долі потерпілого, що реалізує на практиці ідею опори на позитивне у відносинах, створює ситуацію успіху.

У третьому випадку потерпілий практично відразу повертається в родину і всі реабілітаційні заходи проходять з її участю і підтримкою.

Особливого ставлення вимагають потерпілі, які мають позитивні результати тестів на ВІЛ-інфекцію. З ними проводиться

робота психологів про те, як навчитися жити з цією хворобою, а також здійснюється первинна адаптація до ВІЛ. Якщо потерпілий після повернення знаходиться у притулку, то подібна робота може проводитися у гетерогенній групі (до якої можуть входити потерпілі з ВІЛ і без нього) за допомогою емпатії, взаємодопомоги потерпілих.

Усе це дозволяє потерпілим усвідомити себе захищеними в усіх сферах життєдіяльності, можливості вирішити проблеми власними силами, за допомогою соціальних працівників побачити „світло в кінці тунелю” і на цій основі почати самостійно вирішувати проблеми, робити вибір, приймати рішення, звертаючись, у разі потреби, до соціальних працівників.

Основними методами роботи в соціальній реабілітації є: переконання, навіювання, інформування, позитивний приклад, вправи, переключення, реконструкція характеру, заохочення, психодрама, інтерв'ю, біографічний метод, бесіда, психотерапія, арт-терапія, робота з конкретним випадком, втручання в ситуацію, представництво інтересів клієнта в різних організаціях та сім'ї.

Найбільш часто використовуються групові та індивідуальні форми роботи.

Групові форми: групи взаємодопомоги з числа потерпілих, тренінги, семінари, групові консультації, іноді прес-конференції.

Індивідуальні: консультації фахівців з конкретних проблем, індивідуальне навчання.

Самостійним видом соціальної роботи є **соціальний супровід** потерпілих від торгівлі людьми та членів їхніх сімей. Відповідно до Закону України „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю” супровід – це робота, спрямована на здійснення соціальної опіки, допомоги (послуг) та патронажу соціально незахищених категорій населення з метою подолання життєвих складностей, збереження і підвищення соціального статусу опікуваних.

Об'єктами соціального супроводу можуть бути:

- сім'ї, члени яких знаходяться в розшуку;
- діти, батьки яких без вісті зникли за кордоном (потенційно вони також можуть бути жертвами торгівлі людьми);
- безпосередньо потерпілі від торгівлі людьми.

Соціальний супровід сім'ї здійснюється під час пошуку її членів, зниклих за кордоном, та організації їх повернення. Часто виникають проблеми опікунства маленьких дітей, яких залишили зниклі батьки і які виявилися непотрібними своїм рідним,



піддаються насильству і потребують захисту та допомоги у вирішенні питань житла, харчування, догляду, освіти. Ці питання можуть вирішуватися інспекторами з охорони прав дитинства, службами у справах неповнолітніх.

Важливим завданням соціального супроводу є також допомога у встановленні над дітьми опікунства з боку бажаючих цього родичів, які часто зустрічають відмову органів державної влади через нез'ясованість долі зниклих батьків. Тут необхідна довготривала кваліфікована юридична допомога.

Соціальний супровід потерпілих від торгівлі людьми передбачає надання соціальним працівником різних соціальних послуг. Протягом певного часу індивідуально ці послуги насамперед надаються в той період, коли потерпілі вже покинули притулок і повертаються до колишнього життя в сім'ї або за новим місцем проживання. Соціальний супровід включає в себе консультації соціального працівника та юриста про можливість порушення кримінальної справи у зв'язку з порушенням прав потерпілою людиною, допомогу в подоланні стресу, пов'язаного з розслідуванням, захист потерпілих, які виступають свідками за фактом торгівлі людьми (надання безпечного місця проживання, матеріальної, медичної допомоги). На прохання потерпілих соціальний працівник може бути присутнім з метою моральної підтримки на судових засіданнях.

Основним завданням соціального супроводу потерпілих, що повернулися до сім'ї, є допомога їм у наступних питаннях:

- вирішення побутових проблем;
- зміцнення здоров'я;
- працевлаштування, профорієнтація;
- налагодження взаємин із членами сім'ї (чоловіками, дітьми).

Окрему групу клієнтів соціального супроводу складають ВІЛ-інфіковані з числа потерпілих від торгівлі людьми. Ці клієнти потребують більш спеціалізованої психологічної допомоги, оскільки крім подолання стресу, пов'язаного з насильством над ними, їм необхідно ще й усвідомлення наявності у них невиліковної хвороби, життя з нею. Соціальні працівники можуть надати допомогу у встановленні контактів з центрами профілактики СНІДу, в яких надаються кваліфіковані консультації про можливість налагодження повноцінного життя з ВІЛ-інфекцією.

Для надання ефективної соціальної допомоги потерпілим надзвичайно важливим є підтримування контакту з ними після їхнього повернення. Їм дуже складно визначитися зі своїми почуттями, поведінкою, планами на майбутнє. Вони не знають, як їх сприймуть у родині, у рідному місті. Тому існує схема моніторингу, що враховує стан потерпілих і складність ситуації, в якій вони опиняються у цей період. Моніторинг підтримування контакту здійснюється постійно, протягом шести місяців (в деяких випадках і більше): щотижня в перші два місяці, два рази на місяць протягом третього і четвертого місяців і по одному разу протягом п'ятого та шостого місяців після повернення.

Соціальний супровід потерпілих – важливий напрямок роботи правозахисних та благодійних організацій. До них найчастіше звертаються для отримання соціально-медичних, психологічних, інформаційних послуг постраждалі від насильства жінки. Про проблему насильства складно говорити, тому жінки звертаються туди, де їх вже знають, допомогли у важку хвилину і готові надати допомогу і надалі. Хоча, з іншого боку, багато хто воліє не згадувати про пережите, а навпаки прагнуть почати нове життя і самостійно вирішувати свої проблеми.

Надзвичайно важливо, щоб допомога потерпілим, відносини яких з родиною складаються успішно, надавалася безпосередньо за місцем проживання. Для цього необхідна широка мережа центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і громадських організацій.

Створення мережі державних і неурядових організацій, які могли б брати участь у наданні соціальної допомоги постраждалим від торгівлі людьми за місцем їх проживання, є неодмінною умовою ефективності цієї роботи.

Коли всі заходи із запобігання торгівлі людьми виявляються неефективними, а спроби стимулювання добросовісної практики не дають результатів, урядам не залишається іншого вибору, як застосувати більш жорсткий контроль, підвищувати вимоги і переслідувати порушників у судовому порядку.

**Співробітники правоохоронних органів та інспекції праці** у цьому питанні разом відіграють ключову роль. Надзвичайно важливо, щоб вони стежили за дотриманням законів послідовно і скоординовано, керуючись національним законодавством, кримінально-процесуальним кодексом і державною практикою. Для

забезпечення ефективної роботи правоохоронних органів необхідно розробити систему чітких стандартів, за якими б оцінювалася діяльність приватних агентств із працевлаштування та агентств інших типів. З цією метою можна використовувати умови і критерії, обумовлені в ліцензії, кодекси поведінки, а також відповідні закони, які стосуються підбору кадрів, торгівлі людьми і примусової праці.

Виявлення зловживань – перший і часто найбільш складний крок у правоохоронному процесі. Перш ніж буде розпочато розслідування і висунуті будь-які звинувачення, необхідно виявити і довести факт правопорушення. Потрібно визначити, за які саме дії правопорушники повинні нести покарання:

- сприяння торгівлі людьми;
- участь у торгівлі людьми;
- підбурювання до торгівлі людьми;
- спроба здійснення торгівлі людьми;
- невжиття дій для недопущення торгівлі людьми;
- злочинна змова з метою здійснення торгівлі людьми.

Як тільки було зафіксоване зловживання й затриманий правопорушник, справу зазвичай передають на розгляд у судові органи. Покарання визначається, виходячи із характеру правопорушення і положень закону. Справа може розглядатися адміністративним органами або цивільним судом. Типи покарань, які призначають адміністративні органи, можуть включати: вимогу запровадити певні зміни; сплату штрафу; тимчасове закриття фірми до проведення необхідних змін; поновлення працівника на робочому місці; призупинення або анулювання ліцензії.

У разі, якщо закон визначає правопорушення як злочин, справа розглядається у кримінальному суді згідно з положеннями Кримінального Кодексу. В цьому випадку санкції можуть бути найсуворішими: конфіскація майна; позбавлення права укладати угоди, розпоряджатися майном; домашній арешт або тюремне ув'язнення.

**Ключові поняття:** торгівля людьми, торгівля жінками, торгівля дітьми, сексуальна експлуатація, дитяча порнографія, дитяча проституція, усиновлення (удочеріння) в комерційних цілях, країна-донор, країна-реципієнт, країна-транзит, вербувальники, посередники, торговці, Державна міграційна служба, Державна

служба зайнятості, соціальна профілактика, соціальна реабілітація, соціальний супровід.

***Питання та завдання:***

1. Розкрити зміст поняття „торгівля людьми” згідно чинного законодавства України.
2. Проаналізувати основні фактори, що призводять до торгівлі людьми.
3. Визначити особливості здійснення торгівлі жінками.
4. Які основні форми торгівлі дітьми існують?
5. Визначити основні функції Державної міграційної служби та Державної служби зайнятості у сфері політики міграції робочої сили.
6. Яку відповідальність повинні нести особи, причетні до торгівлі людьми?

***Практичне завдання.*** Зробити програму роботи соціального педагога у напрямку протидії торгівлі дітьми.

### **3.4. Соціально-педагогічна та соціальна робота з мігрантами**

Однією з характерних особливостей сучасного суспільства і сучасного світу є значне підвищення ступеня „відкритості” як соціальних, так і територіальних структур. Це явище тягне за собою великий спектр можливих наслідків, один з яких – різні за своїми масштабами, інтенсивністю, напрямками та темпами міграційні потоки.

**Міграція населення** (від лат. migratio – переселення) – це переміщення людей (мігрантів) через кордони тих чи інших територій зі зміною місця проживання назавжди або на більш чи менш тривалий період. Однією з основних ознак міграції населення є перетинання адміністративного кордону території (держави, області, населеного пункту і т.д.). Такі переміщення можуть бути наслідком різноманітних причин, як соціального характеру (війни та утиски за будь-якими ознаками і підставами), так і природного (стихійні лиха) і здійснюватися в не менш різноманітних межах.

По визначенню ООН, міграцією вважається переміщення осіб на термін більше 6 місяців. Існує і більш широке тлумачення цього поняття, відповідно до якого: міграція – це усі види руху населення, що мають суспільну значимість, аж до переміщення з пригороду в місто, всередині міста, з будинку на роботу і назад.

Буде помилкою розглядати міграцію як явище, яке притаманне тільки сучасному суспільству. Приклади більш ніж масштабних міграційних процесів можна знайти в історії багатьох країн і народів: вихід євреїв з Давнього Єгипту, Велике переселення народів, що відбувалося на європейському континенті у VIII-IX століттях і сформувало багато в чому етнічну карту сучасної Європи, потоки емігрантів та біженців, які стали наслідком війн та революцій у XX столітті.

Україна у всі історичні періоди відзначалася значним переміщенням людей як по її території, так і за її межі. Але якщо у часи Київської Русі мігрували переважно ремісники, купці та воїни, то вже після її розпаду посилились як внутрішні, так і зовнішні міграції. Вони були зумовлені політичними (втікачі від татаро-монгольської навали, бранці) та соціально-економічними (переселення ремісників та будівничих на землі Московії) причинами. Особливо вони посилились у XVII–XVIII ст., коли українських козаків та селян примусово вивозили у північні регіони Росії для розбудови міст, військових та господарських об'єктів.

Перебування України у складі різних імперій (Російської, Австро-Угорської, Османської), Польщі зумовило в різні часи міграцію населення з України у різні кінці цих імперій. Українське населення було джерелом дешевої робочої сили і складником війська цих імперій. Це вплинуло на основні напрями міграційних потоків населення з різних частин України.

Міграції населення значно посилилися у XIX ст., особливо після знищення панщини в Австро-Угорщині (1848 р.) та кріпосного права в Росії (1861 р.). До цього часу за межами української етнічної території проживало понад 1 млн. українців. Інтенсивний або масовий міграційний рух людей із Наддніпрянщини та західноукраїнських земель був характерним для кінця XIX – початку XX ст. Основними його причинами були: аграрне перенаселення та майнове розшарування селянства, незначна урбанізація та індустріалізація, небажання селян селитися у містах та ін. Велика кількість незаможних селян із східної частини України їдуть у пошуках вільних земель –

спочатку на Північний Кавказ, Поволжя і Урал, а пізніше – в Сибір, Казахстан, Далекий Схід. Вони селяться у тих районах Росії, в яких є подібні умови для життя та сільськогосподарського виробництва, як на їхній батьківщині. Про інтенсивність еміграції з цієї частини України свідчать такі показники: у кінці XIX ст. виїжджало щорічно понад 40 тис. осіб, а вже на початку XX ст. – понад 200 тис. осіб. Найбільше емігрантів було із Лівобережжя, значно менше – з центральних та південних регіонів, в яких сільськогосподарське виробництво велося на капіталістичних засадах (товарне зернове господарство і буряківництво).

У Придніпров'я і Донбас, де розвивалась гірничодобувна і вугільна промисловість, а також у Причорномор'я приїжджали на заробітки люди із Росії, вони назавжди тут приживались, але їх кількість ніхто не обраховував.

В кінці XIX ст. внаслідок аграрного перенаселення, що зумовлювало безземелля селян, важке соціальне становище, посилюється міграція населення із західноукраїнських земель спочатку у країни південної та західної Європи, а потім – в Америку. Хвиля цієї міграції спочатку захопила Закарпаття, Галичину, а потім і Буковину, Волинь та ін., вона була така сильна, що привела до зменшення українців в Австро-Угорщині на 800 тис. осіб (12,5% від всіх українців краю). На початку XX ст. тільки до США емігрувало 350 тис. осіб, Канади – понад 100 тис. осіб, Південної Америки – понад 30 тис. осіб. Така масова еміграція населення із території всієї частини України вплинула значною мірою на природний приріст населення не тільки у роки цієї міграції, але й у подальшому майбутньому (бо виїхали переважно молоді люди, здатні до відтворення). Хоча місця вибулих українців нерідко займали поляки, що переселялися на „східні креси”, їх кількість не була такою великою, як вибулих українців і не могла їх перекрити, але така імміграція посилює польський елемент у етнічному складі населення.

Після Першої світової війни та встановлення радянської влади на більшій частині України посилюються міграції населення з політичних мотивів. Виїжджають з УРСР політичні та військові діячі УНР, багато представників української науки та культури та ін. Із входженням УРСР до складу СРСР у ній посилюються примусові міграції. Це, передусім, так звані „куркулі” – заможні селяни, яких понад 1 млн. осіб було вивезено у процесі колективізації за межі

України – на освоєння сибірських і північноросійських просторів. Туди ж було заслано також багато українських інтелігентів, яких було звинувачено сталінським режимом у шкідництві, контрреволюційній діяльності, шпигунстві та ще всіляких неіснуючих гріхах (тільки за 1934-1937 роки було ув'язнено 465 тис. осіб).

Після штучного голодомору (1932-1933 роки) в Україну було переселено значну частину селян з Росії, передусім із Поволжя та Центрального Чорнозем'я, вони оселялись у вимерлих селах і займалися сільськогосподарським виробництвом. Їх кількість, звичайно, не могла замінити вимерлий український люд (таких понад 10 млн. осіб), але значно вплинула на етнічний склад населення центральних та південних регіонів України.

Після входження західноукраїнських земель до складу УРСР (1939 р.) розпочались, а після Другої світової війни продовжились також репресії проти так званих „куркулів” та патріотично налаштованого населення західної частини України. Тільки за 1944-1952 роки за межі держави було виселено з цих земель понад 1,5 тисячі сімей “куркулів” та понад 180 тисяч осіб, які перебували в ОУН та УПА.

З Другою світовою війною пов'язана масова евакуація людей із міст у східні регіони СРСР, насильницьке вивезення молоді із окупованих регіонів на роботу в Німеччину, масове переміщення людей з одних регіонів в інші. Із своїх поселень були вивезені німці, татари та ін.

У післявоєнний період Україна стала регіоном масової іміграції. Сюди стікалось населення із різних регіонів СРСР. Воно осідало найбільше у східних і південних частинах держави, в містах. Спеціалісти із різних галузей господарства, що жили у східних областях України направлялись на роботу у західні області, а люди із західних областей – у східні та південні частини України.

Внаслідок договорів радянського і польського урядів відбулося переселення українського населення з Польщі в Україну (понад 400 тис. осіб). Це суттєво не позначилося на чисельності населення даної території, але вплинуло на його етнічний склад (на збільшення частки корінної нації). На протилежну спрямованість цього процесу вплинуло масове переселення росіян у Крим на місце виселених кримських татар.

Із початку 60-х років Україна знову стає державою значної еміграції молоді. Внаслідок організованих наборів молодь їде на

величезні промислові новобудови Радянського Союзу, на освоєння цілих земель Сибіру і Казахстану. Цей процес трохи сповільнився у 70-90-ті роки, але продовжувався аж до здобуття Україною незалежності. Переважна більшість міграцій на цей час – соціально-економічні, якщо не рахувати виїзду за кордон людей, які переслідувались владою, та євреїв. У післявоєнний період посилюються міграції людей в напрямі „село – місто”, що було зумовлено швидкою індустріалізацією держави. За рахунок таких міграцій різко зростала як чисельність, так і частка міського населення (за 1939-1979 рр. – на 16,9 млн. чол., із 33,5% до 61,2%). Найбільші темпи таких міграцій були характерні для Донецького та Придніпровського районів, найменші – для західної та північної частини України. Характерною особливістю таких міграцій було не тільки переміщення людей із сільської місцевості у міста свого регіону (області), а й їх міграції у міста інших частин України (із сіл північної і західної частин – у Придніпров'я та із сіл різних регіонів – у Донбас, до столиці). Із поглибленням загальної економічної кризи в Україні ці процеси поступово сповільнюються, а в останні роки подекуди набувають протилежної спрямованості.

У роки останнього десятиліття ХХ ст. значно змінились обсяги, напрями міграційних потоків. У перші роки після проголошення незалежності України значно зменшились обсяги еміграції внаслідок того, що припинився набір в армію, розподіл спеціалістів та організовані набори робітників поза межі української держави. З іншого боку, багато українців та представників нацменшин, які раніше проживали в Україні (німці, кримські татари та ін.), почали повертатись (репатріюватись) на свою батьківщину. Тільки за 1989-1997 роки на територію України повернулося 243 тис. кримських татар і 12 тис. депортованих вірмен, болгар, греків, німців.

Однак, вже з 1993 р. припинився потік репатріантів, посилілися кризові процеси в економіці, що зумовлювали скорочення працівників у різних галузях господарства, зниження рівня і погіршення якості життя людей. Надія на недовготривалість цих процесів, на проведення ринкових реформ у країні ще певний час стримувала переселення людей за межі держави. Але за даними центру „Демократичні ініціативи” не менше 5-7 млн. громадян України з більшою чи меншою періодичністю виїжджають за кордон на тимчасові сезонні роботи з метою поповнення сімейного бюджету. Багато людей не мають можливості реалізувати свої



здібності у власній країні і вимушені її залишати. Виїжджають переважно люди з високими якісними характеристиками робочої сили та інтелектуального потенціалу.

Із 1995 р., коли вперше в Україні Міністерство статистики почало облікувати мігрантів, можна аналізувати не тільки обсяги міграцій, але й вікову, статеву, етнічну, освітню і професійну структуру мігрантів.

В сучасному світі, за оцінками ряду експертів, у міграційні потоки втягнуто більше 60-ти мільйонів людей. Ці обставини змушують уважно дослідити таке соціальне явище як міграція і його можливі наслідки, як для суспільства в цілому, так і для окремої людини.

Міграційна активність значною мірою залежить від демографічних характеристик населення. Помічено, що в міграціях найбільшу участь беруть особи молодого віку, чоловіки є мобільнішими за жінок, одинаки легше зважуються на переїзд, ніж одружені, бездітні також легше мігрують, ніж люди, що мають дітей. До речі, між рухливістю і наявністю в родині дітей спостерігається пряма залежність. Часте переміщення на нове місце спричиняє відкладання народження дітей.

Зрозуміло, що міграції приводять до зміни чисельності населення в районах вибуття і прибуття. Під впливом міграцій трансформується вікова структура населення. У районах, де виїзд перевищує в'їзд, звичайно збільшується частка старших вікових груп, у центрах же притягання мігрантів населення найчастіше більш молоде. Зміна ж вікової структури спричиняє і зрушення в показниках природного приросту. Через перевагу чоловіків серед переселенців міграція може викликати диспропорцію статей, що негативно позначається на шлюбності і народжуваності. Міграція приводить і до інших змін у структурі населення. Так, якщо серед мігрантів переважають люди визначеної національності, то територіальні переміщення населення викликають помітну динаміку етнічного складу; переселення осіб певної професії може спричинити коливання на ринку праці. Міграції можуть сприяти переходів людей з одних соціально-професійних груп до інших, часто приводять до зміни способу життя, а слідом за цим і до трансформації установок, пов'язаних із шлюбністю, народжуваністю тощо. Усе це впливає на відтворення населення.

Міграційні процеси в сучасному світі значно впливають на господарське життя. Саме міграція багато в чому визначає економічний і соціальний вигляд багатьох держав.

Міграція є неоднозначним соціальним процесом. З одного боку, це життєво необхідний і неминучий для нормальної життєдіяльності процес, пов'язаний із перерозподілом трудових ресурсів, їхнім навчанням, відпочинком і т.д. З іншого боку, міграція, що носить змушений характер, приводить до зростання соціальної напруженості, породжуючи проблеми забезпечення мігрантів житлом і роботою, іноді їжею й одягом, медичним забезпеченням, вирішення психологічних проблем, пов'язаних із влаштуванням та адаптацією на новому місці проживання. Вирішення проблем мігрантів вимагає значних матеріальних, фінансових ресурсів.

Всі міграції у своєму розвитку проходять **три стадії**: потенційну міграцію, власне міграцію та адаптацію.

На першій стадії діють головним чином психологічні чинники, тобто людина знаходиться у стані прийняття рішення про переїзд. Регулятори (фактори), що контролюють міграції, тобто впливають на розміри, напрямки, відстані та особливості міграційного руху, включають:

- відстань від місця еміграції до місця імміграції;
- інформацію про умови і пункти міграцій;
- рівень активності (привабливості) територій.

Враховуючи сучасні транспортні можливості і розвиток засобів зв'язку, комп'ютерної мережі, інформація для громадян різних країн про умови і пункти потенційної міграції у сучасному світі не є першочерговою проблемою. Зараз провідну роль у формуванні міграційних потоків відіграє фактор активності територій, під яким розуміють економічну, екологічну, політичну, законодавчу ситуацію в країні, наявність відповідних для мігрантів національних, культурних, релігійних, родинних чи інших зв'язків, тощо.

Після прийняття рішення про переміщення, відбувається друга стадія міграції, яка може тривати від кількох годин до кількох місяців – сам переїзд до нового місця проживання.

Після переїзду починається третя заключна стадія міграції – пристосування мігрантів до умов нової території – адаптація, яка має такі етапи:

- **цілеспрямований конформізм** – мігранти знають, як діяти в новому середовищі, але внутрішньо не визнають систему цінностей нового середовища і дотримуються старої системи;
- **взаємна терпимість** – особистість і середовище виявляють взаємну терпимість до цінностей і форм поведінки кожної зі сторін;
- **акомодація** – характеризується взаємною терпимістю сторін і взаємними поступками;
- **асиміляція** – повне пристосування, при якому індивід повністю відмовляється від своїх колишніх цінностей і приймає систему цінностей нового середовища.

Міграція – досить складний і неоднозначний соціальний феномен. Одним із проявів цих його якостей є різноманіття основних типів міграційних процесів. Сьогодні прийнято виділяти й аналізувати наступні **типи міграції**.

#### **1. За напрямком міграційних переміщень:**

- **епізодична, разова міграція**. Наприклад, поїздка в інший регіон для отримання освіти, на лікування тощо;
- **маятникова міграція**, тобто, переміщення людей по відносно стабільним маршрутам, що передбачає повернення на колишнє місце проживання. Наприклад, переміщення великих мас людей у південні регіони країни влітку і настільки ж масове повернення назад восени;
- **сезонна міграція**, переміщення людей у певних напрямках, пов'язане з необхідністю чи бажанням брати участь у будь-якому вигляді сезонної діяльності. Наприклад, участь у збиранні врожаю, промисли селян узимку, відвідування курортів і т.п.

#### **2. За можливостями повернення на колишнє місце проживання:**

- **тимчасова міграція**, передбачає повернення людей на колишнє, постійне місце проживання. Прикладом такої міграції може служити переселення на кілька років для роботи за контрактом, чи виїзд на навчання до вищого навчального закладу;
- **безповоротна міграція**, пов'язана з остаточною зміною місця перебування і проживання людини або групи людей.

#### **3. За ставленням людей до процесів переміщення:**

- **добровільна міграція**, переміщення людей на нове місце перебування з власної волі, за власним бажанням. Наприклад, участь в освоєнні нових територій, переїзд на нове місце проживання;

- **вимушена міграція**, процеси переміщення людей з власної волі, але проти власного бажання, ситуація, коли людина розуміє, що їй необхідно залишити місце свого колишнього проживання, тому що подальше перебування тут неможливе через незалежні від неї обставини (стихійне лихо, озброєний конфлікт);

- **примусова міграція**, або пересування людей під тиском, за наказом або під загрозою (насильницька депортація, вивезення в іншу країну або регіон, насильницьке переселення або вигнання).

#### **4. За ступенем керованості міграційних процесів:**

- **організована міграція**, міграційні процеси, які здійснюються за участю державних, громадських та інших установ і організацій. Такі міграції можуть супроводжуватися пільгами різного роду в отриманні роботи, житла, грошових компенсацій, тощо. Наприклад, організація масового припливу населення в будь-які регіони;

- **неорганізована, стихійна міграція**, яка здійснюється силами самих мігрантів. Наприклад, втеча від будь-якої небезпеки (війна, стихійне лихо).

#### **5. Відносно державних чи регіональних кордонів:**

- **внутрішня міграція**, яка здійснюється в межах однієї країни або одного регіону, наприклад, поїздка на навчання. Розрізняють міграцію сільського населення і міського, міжміську міграцію та міграцію в сільську місцевість: міграційні потоки „село – місто”, „місто – місто”, „місто – село”, „село – село”.

- **зовнішня міграція**, здійснюється за межі державних кордонів, наприклад, переїзд на постійне місце проживання за кордон. Таку міграцію ще називають міжнародною міграцією населення та поділяють на між- та внутріконтинентальну.

Типологія міграційних процесів може бути здійснена і за іншими ознаками, проте, навіть вищенаведений перелік дозволяє переконатися в тому, що міграційні процеси займають дуже важливе місце в житті людського суспільства.

**Причинами**, що спонукають або змушують людей втягуватися у процеси переміщень по територіях, можуть бути явища і чинники різного порядку. Найчастіше, до основних причин міграції відносять наступні:

- **соціально-економічні** – пошук робочих місць, можливостей для самореалізації, отримання освіти, вступ до шлюбу і т.п.;
- **сімейно-побутові** – переселення для возз'єднання з членами родини, родичами, різного роду гостьові поїздки тощо;
- **політичні** – переслідування за політичними мотивами, політичний протест, прагнення до поширення своїх політичних поглядів і принципів, а також репатріація – повернення на батьківщину родин, народів, що були раніше депортовані;
- **етнічні** – етнічна ворожнеча, пригнічення та переслідування за етнічною ознакою, прагнення до етнічного возз'єднання;
- **релігійні** – релігійна нетерпимість і ворожнеча, релігійне паломництво до святих місць (найбільш відомі у світі паломництва здійснюються ісламістами до Мекки і Медини, а також християнами – до Єрусалиму);
- **військові** – військові дії на певній території і бажання людей уникнути їх можливих наслідків;
- **екологічні** – несприятливі природні умови регіону, екологічні катастрофи тощо.

Безумовно, в кожному конкретному випадку процес переміщення великих або малих груп людей може мати і свої специфічні причини, не пов'язані з іншими учасникам міграційних процесів.

Більшість міграційних процесів та потоків підпорядковується певним внутрішнім **закономірностям та тенденціям**. В умовах сучасного суспільства такими є:

**1. Глобалізація міграційних процесів:** сьогодні до них залучено від 60-ти до 130-ти мільйонів людей, і ці цифри мають стійку тенденцію до зростання.

**2. Збільшення ролі міграційних процесів у демографічному розвитку більшості країн світу.**

**3. Фемінізація міграційних потоків.** Частка жінок серед мігрантів сьогодні становить до 48%, а в окремих випадках – до 60%.

**4. Становлення і розвиток міграційного ринку праці.** За даними ряду експертів до 90 мільйонів сучасних мігрантів є його учасниками.

**5. Збільшення випадків вимушеної та нелегальної міграції**, основна частина учасників якої – це люди, що проживають у слаборозвинених країнах та регіонах, державах і прагнуть до пошуку нових, більш сприятливих умов для свого життя. Значне число вимушених і нелегальних мігрантів становлять сьогодні вихідці з країн Африки, Південної Америки, Середньої Азії та Закавказзя, Афганістану та колишньої Югославії.

**6. Зростання масштабів екологічної міграції**, до якої за деякими даними залучено від 50 до 70 мільйонів людей.

Таке значне розмаїття типів, причин і тенденцій, властивих міграційним процесам, породжує не менш значне розмаїття проблем, з якими стикаються мігранти і які необхідно вирішувати, найчастіше, в умовах гострого дефіциту часу та інших необхідних ресурсів. Для реального та ефективного вирішення цих проблем необхідна відповідна правова база.

В умовах сучасного суспільства, яке усвідомлює проблеми міграції як універсальні, склалася і діє правова база вирішення соціальних проблем мігрантів. До основних актів міжнародного права, призначених для соціального захисту мігрантів, можна віднести, по-перше, Конвенцію ООН про статус біженців, прийняту в 1951 р., яку до теперішнього часу ратифікували більшість держав – членів ООН. По-друге, це окремі статті і положення Заключного акту наради з європейської безпеки та співробітництва, підписаного в 1975 р. в Гельсінкі главами всіх європейських держав, США і Канади. Це, в першу чергу, ті статті і положення, які стосуються права вільного виїзду і в'їзду в країну, права на політичний притулок та інші.

Правове регулювання міграції в Україні здійснюється на основі Конституції України, Законів України „Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства”, „Про біженців”, „Про імміграцію”, „Про свободу пересування та вільний вибір місця проживання в Україні”, Правил в'їзду іноземців та осіб без громадянства в Україну, їх виїзду з України і транзитного проїзду через її територію.

Зовнішні міграційні процеси вивчаються в Інституті економіки НАН України, Раді по вивченню продуктивних сил України НАН України, Інституті соціології НАН України, Інституті держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, а також у Національному інституті проблем міжнародної безпеки, у

Національній академії внутрішніх справ. Протягом останніх років опубліковано ряд ґрунтовних праць з проблем міграції.

Досліджуючи це явище, слід зазначити, що за напрямками переміщення людей виділяють такі категорії мігрантів як **емігранти** (виїжджають з країни) та **іммігранти** (в'їжджають до країни).

Україна належить до країн зі змішаними потоками мігрантів, тобто вона одночасно є країною виїзду, транзиту та призначення. Як країну транзиту Україну використовують переважно громадяни країн СНД. Передусім це громадяни Російської Федерації, Молдови, Грузії, Узбекистану, Азербайджану, Вірменії, які становлять 70% загальної кількості цієї категорії мігрантів. Другу основну групу становлять люди, метою яких є трудова міграція в країни з високим рівнем розвитку економіки. До третьої групи можна віднести біженців, шукачів притулку. Іноземні трудові мігранти, для яких Україна є країною призначення, у свою чергу поділяються на декілька груп. Легальні трудові мігранти приїжджають в Україну за контрактом, який зазвичай з ними укладають фірми країн їхнього походження. Друга група – це претенденти на низькооплачувану роботу, часто без офіційної реєстрації. Третя – це мігранти, які приїжджають до своїх земляків, які вже прижилися в нашій країні. В Україні вже сформувалися в'єтнамська, іранська, арабська, китайська, турецька, індійська та пакистанська діаспори.

Щодо тих міграційних процесів, які відбувались на території України в останні десятиріччя і відбуваються сьогодні, то їх умовно можна розділити на два періоди.

Перший період – це початок 90-х років, коли в результаті розвалу Радянського Союзу, між його колишніми республіками пішли зворотні міграційні процеси. Значна кількість етнічного населення розпочала добровільно повертатись на етнічні території, не бажаючи поривати зв'язок із батьківщиною.

У певній мірі, ця група добровільних мігрантів, у соціальному плані мала найменшу кількість проблем. По-перше, у них не було комплексу „відриву від коріння”. Практично всі вони повертались на місця свого колишнього проживання, де переважна більшість із них мала рідню, друзів знайомих, які могли допомогти їм, надати на перших порах житло, та багато хто з переселенців мав в Україні і власне житло. Місцеве населення було налаштоване до таких мігрантів доброзичливо. Практично ніхто з цих мігрантів не потрапив у характерний для вимушених мігрантів стан маргіналів,

що потерпіли „поразку” у соціальних і природно-антропологічних правах. Практично всі вони швидко набули усіх прав громадянства і не відчують сьогодні себе мігрантами – вони в себе вдома. Соціальні проблеми, які виникали у них, носили переважно характер, пов’язаний не з їх переселенням, а були викликані кризовими явищами в економіці і були однаковими для всього населення України. Тому і соціальна допомога, якої вони потребували, переважно не відрізнялась від тієї, якої потребувало й інше населення України.

На сьогодні цей процес хоча і не закінчився, але втратив масовий характер і значно зменшився у розмірах. Та все ж, як і на початку 90-х років, імміграція українців на етнічну батьківщину є найменш болісним і найменш складним міграційним процесом у порівнянні з іншими, та викликає найменшу кількість проблем для держави та соціальних служб і є, відповідно найбільш бажаним видом імміграції для країни.

Поряд з цими процесами розпочались і міграційні процеси, представлені представниками інших етнічних груп.

Важливим елементом міграційних процесів в Україні є імміграція депортованих народів до колишніх місць свого проживання.

Протягом останніх десятиліть раніше депортовані кримські татари, болгары, вірмени, греки, німці після півстолітнього вигнання повертаються на свою Батьківщину – до Криму. З самого початку цей процес носить переважно організований і легальний характер.

Як відомо, повернення та облаштування репатріантів збіглося з різким загостренням економічних відносин в Україні. Проте незважаючи на складність економічного становища в державі, Уряд України і сьогодні вишукує кошти, щоб підтримати облаштування депортованих, які повертаються. Реалізація комплексу заходів, пов’язаних із вирішенням зазначених проблем, здійснюється у соціально-економічній, політико-правовій та гуманітарній сферах.

Не дивлячись на державну підтримку депортованих народів, на сьогодні ще залишається низка чинників соціально-економічного характеру, котрі потребують негайного вирішення:

- проблема безробіття – не мають роботи 49,6% кримських татар, що у 3 рази перевищує загальний рівень безробіття в Автономній Республіці Крим;



- незадовільний стан інфраструктури місць компактного проживання – 48,8% кримськотатарського населення не мають власного житла, забезпеченість електроенергією населених пунктів, де проживають кримські татари, становить 75%, водопостачанням – 27%, рівень газифікації не перевищує 3%, каналізаційні та теплові мережі практично відсутні, забезпеченість шляхами з твердим покриттям складає близько 10%;

- проблеми з медичним забезпеченням: аналіз динаміки небезпечних захворювань свідчить про те, що кримські татари складають основну „групу ризику” по ряду з них: захворювання периферичної нервової системи перевищують середній показник в автономії у 3 рази, кістково-м’язової системи – у 3 рази, онкологічні захворювання – у 1,5 рази.

Недостатнє державне фінансування стримує вирішення цих проблем.

Та все ж, враховуючи, що процес повернення депортованих народів, носить переважно легальний, контрольований характер, та враховуючи вже певний досвід соціальної роботи з цією категорією іммігрантів, соціальні служби мають можливість надавати їм значну допомогу.

Крім того громада кримськотатарського народу є досить згуртованою, самоорганізованою і у значній мірі здатна сама вирішувати свої соціальні проблеми. І з морально-психологічної точки зору вони схильні відчувати себе в Криму не чужинцями, а такими, що повернулись на батьківщину. А відтак у меншій мірі відчувають психологічний тиск і дискомфорт. Правда, існують інші морально-психологічні тиски. Наприклад, багато хто з людей похилого віку, повертаючись до Криму, застають ще свої будинки, в яких вони народились, чи може навіть будували самі чи разом з батьками та жили в них. І от сьогодні в цих будинках живуть зовсім чужі люди, які нічого не доклали до цих будівель. Звичайно, у депортованих осіб народжується певна образа і відчуття несправедливості щодо цього. Адже їхні домівки у свій час вони не продали, а їх у них відібрали несправедливо, безоплатно і насильно. Проблеми „незагоєних ран” потребують особливої уваги психологів соціальних служб.

Для цієї категорії, на відміну від першої, вище названої характерним є і певне несприйняття їх частиною місцевого населення. Так багато кримських татар (на відміну від інших груп іммігрантів)

схильні селитись у сільській місцевості, в місцях свого народження. Вони вміють та мають бажання займатись сільським господарством, вести фермерське господарство, але паювання землі вже пройшло і вони землю не отримали. Земель резервного фонду не вистачає. Перепаювання ж землі викличе великий соціальний конфлікт.

Таким чином, переселенці з числа депортованих народів потребують значної уваги соціальних служб і не лише щодо надання матеріальної допомоги, але вони потребують комплексного підходу у вирішення їхніх соціальних проблем, що зумовлює потребу в соціальній роботі в багатьох напрямках.

Якщо міграційні процеси викликані розпадом Радянського Союзу вже, у значній мірі завершилися, а імміграція депортованих народів, у зв'язку із складними економічними умовами майже зупинилась, то на передній план виходить міграція, пов'язана з військовими, міжетнічними конфліктами на північному Кавказі, країнах сходу та Африки. Це проблеми біженців. А також проблеми переважно нелегальних мігрантів, які покинули свою країну в результаті низького рівня життя там.

Щодо легальних біженців (Нагірний Карабах, Абхазія, інші країни), то соціальна робота проводиться з ними за загальноприйнятими методами і правилами у відповідності з чинним законодавством.

Держава сприяє їм у забезпеченні житлом, працевлаштуванні, надає іншу соціальну допомогу. З цією категорією тісно працюють різні соціальні служби.

Але значно більша кількість мігрантів – це нелегали. За даними окремих дослідників, кількість нелегальних мігрантів в Україні перевищує півтора мільйони. Скоріше за все ця цифра досить завищена, адже більшість із них перетинає територію України транзитом, прямуючи в більш заможну західну Європу. Та все ж, чимало з них, хто не зміг перетнути західний кордон, осідають в Україні. Зупинити цей потік сьогодні майже неможливо. Що робити з нелегалами теж невідомо. Якщо їх ловлять, то відправити на батьківщину немає за що, утримувати тут також дорого.

За причинами, які змусили людей до переміщення, виділяються **біженці і вимушені переселенці**. Це найбільш складні категорії мігрантів з точки зору обтяженості різними супутніми проблемами. Саме ці люди потребують соціальної підтримки і допомоги з боку держави і суспільства, до яких вони потрапляють.

Для того, щоб така допомога була організована якомога більш ефективно, необхідно враховувати наступні обставини.

Відповідно до Конвенції ООН про статус біженців, **біженці** – це мігранти, які були змушені покинути свою країну через обґрунтовані побоювання, що їх будуть переслідувати через якісь причини (расові, релігійні, політичні, приналежність до певної групи або організації). Інакше кажучи, згідно з основними положеннями міжнародно-правового акту, спрямованого на захист прав мігрантів, біженець – це іноземець, який прибув до чужої країни. Така ж категорія мігрантів, але вже всередині країни вважається переміщеними особами або вимушеними переселенцями. Ці категорії мігрантів потребують того, щоб необхідні їм соціальна підтримка та допомога були надані якомога швидше. Тому, **соціальна робота з мігрантами** – це, частіше за все, діяльність, спрямована на надання людям строкової або екстреної соціальної допомоги. Основним способом вирішення соціальних проблем мігрантів та регулювання міграційних потоків є міграційна політика, що представляє собою сукупність соціально-політичних концепцій і поглядів на міграційну ситуацію в країні, а також конкретних організаційно-правових і соціально-економічних заходів по регулюванню міграційних процесів, спрямованих на створення умов для облаштування та соціальної адаптації мігрантів. Основними напрямками реалізації міграційної політики є:

- облік і постійний аналіз міграційної ситуації в суспільстві;
- діяльність з надання практичної допомоги, необхідної конкретним категоріям мігрантів;
- реорганізація соціального середовища для більш ефективної адаптації мігрантів у нових умовах.

Організовуючи та здійснюючи соціальну роботу з біженцями та вимушеними переселенцями необхідно враховувати ряд обставин, які багато в чому визначають потреби цих категорій людей.

По-перше, мігранти в тій чи іншій мірі потрапляють у ситуацію маргіналізації через втрату ними „територіальних коренів”. При цьому, руйнуються звичні для людини природне і соціальне середовище життєдіяльності, порушуються його найважливіші природно-антропологічні права, такі як право на етнічну ідентифікацію, на певний рівень життя, житло, сім'ю і т.п. Реалізація цих прав значною мірою пов'язана з можливістю постійного або тривалого проживання в певному місці.

По-друге, мігранти – це люди, що знаходяться у стані психологічної, культурної та соціальної дезадаптації, що багато в чому визначає зміст необхідної їм соціальної підтримки та допомоги.

Практична соціальна робота з мігрантами включає наступні напрямки:

**1. Соціальна допомога** (здійснюється в контакті з різними відомствами, у тому числі – Пенсійним фондом):

- проведення соціальних консультацій;
- проведення заходів щодо соціальної реабілітації в стаціонарних і нестаціонарних умовах;
- виявлення осіб, що особливо потребують соціальної допомоги;
- соціальна діагностика;
- допомога мігрантам в одержанні пенсій і допомоги;
- сприяння організації груп самопомоги і взаємодопомоги;
- виявлення осіб з девіантною поведінкою з числа мігрантів і асоціальних родин;
- профілактика девіантної поведінки;
- організація культурно-дозвільної роботи з людьми похилого віку й інвалідами з числа мігрантів;
- профілактика бездомності (включаючи сприяння в одержанні гуртожитку, тимчасового житла чи придбанні власного житла);
- профілактика дитячої безпритульності (включаючи влаштування дітей у дитячі будинки і будинки-інтернати);
- сприяння поверненню майна мігрантів і одержанню ними компенсацій;
- взаємодія з різними державними установами і громадськими організаціями з питань допомоги мігрантам.

**2. Інформаційне забезпечення** (здійснюється в контакті з Держкомстатом та засобами масової інформації):

- інформування мігрантів про діяльність соціальних служб;
- збір інформації про мігрантів (у тому числі і від самих мігрантів) і її систематизація з метою організації оптимальної соціальної роботи з даною категорією населення;
- інформування громадськості щодо проблем міграції і мігрантів (головним чином через засоби масової

інформації) з метою встановлення мігрантами стійких соціальних зв'язків;

- сприяння адекватному висвітленню в засобах масової інформації теми міграції.

**3. Соціально-психологічна допомога** (здійснюється в контакті з органами освіти й охорони здоров'я):

- психологічне консультування;
- психологічна корекція і допомога в соціальній адаптації;
- психологічна допомога в гострих кризових ситуаціях і умовах післятравматичного стресу;
- психопрофілактика стресу;
- проведення психологічних тренінгів з мігрантами;
- навчання аутотренінгам і психологічній саморегуляції;
- психологічна діагностика розвитку дітей і підлітків з родин мігрантів;
- психологічна діагностика і консультування в області придбання нової спеціальності.

**4. Соціально-педагогічна допомога** (здійснюється в контакті з органами освіти, охорони здоров'я і правопорядку):

- проведення консультацій з питань родини і виховання дітей;
- соціально-педагогічна робота з дітьми і підлітками;
- спеціалізована (корекційна) соціально-педагогічна допомога дітям і підліткам, що потребують її;
- соціально-педагогічна допомога дітям і підліткам, що мають проблеми в навчанні;
- контроль за одержанням освіти дітьми і підлітками з родин мігрантів;
- професійне консультування і сприяння одержанню професійної освіти підлітками і молоддю з числа мігрантів;
- профілактика девіантної поведінки;
- проведення дозвільних заходів для дітей і підлітків, спрямованих на адаптацію в нових умовах.

**5. Соціально-правова допомога** (здійснюється в контакті із судовими і правоохоронними органами):

- захист прав мігрантів;
- надання мігрантам інформації про їхні права й обов'язки;

- соціально-правове консультування.
- 6. Медико-соціальна допомога** (здійснюється в контактi зi службами охорони здоров'я):
- медико-соціальне консультування;
  - надання долікарняної медичної допомоги;
  - сприяння у проведенні диспансеризації мігрантів;
  - контроль за адекватною санітарно-профілактичною роботою і дотриманням норм соціальної гігієни;
  - допомога в придбанні полісів страхової медицини (видача сертифіката на медичне обслуговування);
  - виявлення хронічно хворих і непрацездатних і організація для них спеціалізованих медико-соціальних консультацій;
  - соціально-психіатрична діагностика і допомога;
  - надання сприяння в придбанні ліків та інших медичних засобів;
  - при необхідності виділення фінансової допомоги на лікування;
  - направлення у спеціалізовані медичні установи;
  - контроль за санітарним станом житла мігрантів.
- 7. Фінансова допомога:**
- надання грошових коштів на основі принципу індивідуального підходу до кожної конкретної ситуації.
- 8. Соціально-економічна допомога:**
- консультування щодо соціально-економічних питань;
  - надання допомоги в досягненні економічної самостійності;
  - сприяння в підвищенні доходів.
- 9. Матеріальна допомога** (здійснюється в контактi з громадськими організаціями):
- надання продуктової допомоги;
  - надання речової допомоги;
  - надання іншої натуральної допомоги (ліки, будівельні матеріали і т.п.).
- 10. Соціально-трудова допомога** (здійснюється в контактi зi службами зайнятості):
- сприяння в одержанні основної і додаткової роботи;
  - сприяння у відкритті власної справи;
  - консультування з питань праці, зайнятості і профорієнтації;

- допомога у професійній підготовці і перепідготовці.

Соціальна робота з мігрантами здійснюється з використанням таких **технологій**.

**1. Трудова та професійна адаптація.** Реалізація цього напрямку діяльності передбачає використання трудового та професійного потенціалу мігрантів на новому місці проживання і в нових умовах. Ця діяльність може і повинна включати в себе такі елементи як працевлаштування мігрантів з урахуванням наявної у них кваліфікації і потреб ринку праці в місці їхнього нового перебування, створення нових робочих місць, які можуть бути запропоновані мігрантам, розвиток системи самозайнятості та організація системи професійної підготовки та перепідготовки мігрантів.

**2. Вирішення проблем матеріальної компенсації понесеного збитку** мігрантами. Цей напрям діяльності передбачає роботу з надання мігрантам житла, надання необхідної медичної допомоги, встановлення розмірів понесеного ними збитку, призначення і виплату встановлених законом видів допомоги і створення первинних умов для подальшої соціально-психологічної та соціально-трудової адаптації та реабілітації.

**3. Формування та подальший розвиток гармонійної системи взаємовідносин мігрантів із місцевим населенням.** Як показує досвід, це один із найбільш складних і болючих напрямків роботи щодо соціальної підтримки мігрантів. Різкий вплив мігрантів у регіон створює для живучих у ньому людей серйозні проблеми, пов'язані із напругою, що відчуває інфраструктура, із загостренням конкуренції на ринку праці, з виникненням соціокультурних конфліктів і т.п. Однак, якщо ці проблеми своєчасно не вирішуються, то ситуація в регіоні перебування мігрантів істотно загострюється. Разом з тим, реалізація даного напрямку діяльності передбачає, що значні зусилля щодо подолання негативної реакції з боку місцевого населення повинні вживати й самі мігранти, приймаючи ті правила, традиції і спосіб життя, які характерні для нього.

**4. Формування та розвиток системи правового захисту мігрантів,** припинення і недопущення всіх форм їх дискримінації. При цьому, власне правові шляхи і способи вирішення цього завдання повинні доповнюватися іншими: освітніми, просвітницькими, інформаційними, соціокультурними і т.п.

**5. Психологічна адаптація та реабілітація мігрантів.** У цьому випадку мова йде про професійну діяльність таких фахівців як

психологи та психотерапевти, психіатри та психологи-консультанти. Ця робота повинна бути спрямована на подолання негативних психічних і психологічних наслідків причин, що спонукали людину залишити колишнє місце проживання, створення умов та можливостей для подальшого активного і повноцінного життя.

**6. Створення умов, необхідних для успішної інтеграції мігрантів у нове для них суспільство.** Цей напрям діяльності передбачає вживання заходів для досягнення реальної соціальної рівності мігрантів і місцевого населення, створення системи міжкультурних комунікацій, надання необхідної допомоги для включення мігрантів у нове соціальне та культурне середовище: освітні послуги, розвиток системи соціального захисту, підтримка мови і культури мігрантів і т.п.

Реалізуючі на практиці ці та інші можливі напрямки діяльності із соціального захисту і соціальної підтримки мігрантів, соціальні працівники та співробітники міграційних служб повинні враховувати їх демографічні, етнічні, соціокультурні та інші характеристики. Міжнародний досвід показує, що успішне вирішення соціальних проблем мігрантів без шкоди для країни чи регіону, які їх приймають, можливе при дотриманні основоположних **принципів**, перерахованих далі.

1. Необхідно виходити з припущення, що більшість мігрантів залишиться в країні або регіоні перебування назавжди або надовго і, отже, може внести істотний внесок у їхній подальший розвиток.

2. Основними суб'єктами діяльності по вирішенню більшості соціальних проблем мігрантів (реабілітація, адаптація та інтеграція) є органи державної влади на різних рівнях її організації.

3. Необхідно заохочувати в мігрантів прагнення розвинути в собі почуття приналежності до нового суспільства, культури і держави.

4. Важливою і необхідною умовою ефективної соціальної підтримки мігрантів є досягнення і збереження реальної рівності між мігрантами та місцевим населенням.

5. Необхідність враховувати, що інтеграція мігрантів в нове суспільство, гармонізація системи соціальних зв'язків і відносин між ними і місцевим населенням – це процес, розрахований на тривалий час.

Дотримання цих принципів дозволить вирішувати соціальні проблеми мігрантів своєчасно і ефективно, використовуючи той



потенціал і ті можливості, які є в розпорядженні суспільства і держави.

Поліпшення стану мігрантів може відбутися при активізації їх власного соціального потенціалу. Країни, у яких нараховується значна кількість мігрантів, заохочують виникнення асоціацій іммігрантів і етнічних груп (земляцтв та ін.), з урахуванням яких формуються суспільні фонди, призначені для розробки і реалізації проектів, що відбивають інтереси мігрантів і біженців. Першочергове значення надається питанням релігії, культури, традиціям і звичаям з метою забезпечити повагу прав людини. Позитивних результатів домагаються ті органи влади, що прагнуть установити контакт із представниками різних конфесій і організувати обговорення ними проблем, що однаковою мірою цікавлять і корінних жителів, і мігрантів.

Говорячи про управління міграційною політикою, тобто науково обґрунтовані методи, що застосовуються кваліфікованими кадрами, можна висловити наступні **рекомендації щодо вдосконалення соціальної роботи з мігрантами:**

1. Створення необхідних умов для вимушених переселенців і біженців, регулювання міграційних потоків з урахуванням соціально-економічного розвитку території країни, кліматичних та екологічних особливостей місць розселення, національних переваг.

2. Забезпечення мігрантів житловою площею, як для тимчасового, так і для постійного проживання шляхом створення системи забезпечення житлом у місцях нового місця проживання за рахунок коштів мігрантів, коштів державного бюджету на будівництво і придбання нового житла, житлових субсидій, районних і міських бюджетів. З цією метою надавати безоплатні субсидії сім'ям висококваліфікованих працівників на будівництво і придбання житла або будувати соціальне житло без права його приватизації.

3. Стимулювання активної участі мігрантів у процесі господарського облаштування, їх інтеграції в соціальне середовище, внесення економічного внеску у розвиток країни.

4. Забезпечення мігрантів робочими місцями, здійснення перепідготовки, реабілітації мігрантів, створення умов з організації власної справи.

5. Домагатися реєстрації всіх мігрантів, постановки їх на облік в органи соціального захисту населення як групи населення, що має особливі потреби.

6. Організувати тривалий санітарно-епідеміологічний нагляд за умовами розміщення та проживання переселенців у зв'язку з особливим переліком інфекційних захворювань, характерних для території вибуття.

7. Створення механізмів залучення інвестицій, раціонального використання виділених бюджетних коштів, необхідних для надання допомоги мігрантам. Відшкодування витрат, пов'язаних з прийомом і облаштуванням мігрантів слід здійснювати не тільки з традиційних джерел, але і за рахунок спеціалізованих приватних або муніципальних фондів.

8. Створити спеціальну культурну програму з навчання дітей та молоді, які цього потребують, особливо мови, тим самим забезпечити вирівнювання умов для культурної адаптації в місцеве співтовариство.

Однак важливою проблемою сьогодні є не лише надання допомоги мігрантам, які приїхали до нашої країни, але й забезпечення дотримання прав та здійснення підтримки українців, які виїжджають працювати за кордон, та їхніх дітей. Адже на сьогоднішній день значно частіше Україна виступає країною виїзду. В основі сучасної еміграції з України лежать виїзди українських громадян з метою працевлаштування за кордон. Згідно зі звітом Генерального Секретаря ООН з моніторингу світового населення, присвяченим міжнародній міграції та розвитку, Україна посідає четверте місце за кількістю міжнародних мігрантів.

Характерними особливостями розвитку ринку праці в Україні на сучасному етапі залишаються: низький рівень заробітної плати в державному секторі економіки, обмежені можливості отримати досить високооплачувану роботу, поширення безробіття, низька ефективність заходів державної політики щодо підтримки самозайнятості та малого підприємництва. В цих умовах чимало українських громадян пропонують свою робочу силу на зовнішніх ринках праці і таким чином стають учасниками трудових міграцій.

Під **трудовою міграцією** розуміється рух працездатного населення, пов'язаний зі зміною місця роботи під впливом, у першу чергу, економічних факторів. Міграція включає переміщення: соціальні (наприклад, із селян в робітники), виробничі (міжгалузеві, внутрішньогалузеві), територіальні (міждержавні, міжобласні,

міжрайонні), професійні (пов'язані зі зміною професії, спеціальності, кваліфікації).

Залежно від рівня кваліфікації можлива міграція як малокваліфікованої робочої сили, так і висококваліфікованих спеціалістів. Перший із цих потоків спрямований переважно з країн, що розвиваються, в розвинуті. Для другого потоку характерне переміщення спеціалістів між розвинутими країнами, наприклад, всередині ЄС, а також їхня імміграція в розвинуті країни з країн, що розвиваються.

В умовах неспроможності національної економіки забезпечити гідний рівень заробітної плати всередині нашої країни, створити належну кількість робочих місць та усунути диспропорції у соціально-економічному розвитку регіонів, зовнішня трудова міграція стала об'єктивним чинником, який набуває особливої гостроти в умовах глобальної фінансової кризи та повинен враховуватись при прогнозуванні макроекономічних показників на коротко- та середньострокову перспективу. Жителі західних регіонів України найчастіше виїжджають до Португалії, Іспанії, Італії, Чехії та Польщі; жителі східних регіонів – до Туреччини та Росії.

Загалом у структурі трудової міграції громадян України за ступенем легальності можна виділити чотири якісно відмінні рівні:

**1. Офіційна трудова міграція** – переміщення українських громадян, які виїжджаючи за кордон, декларують участь у трудовій діяльності як мету виїзду і є легальними трудовими мігрантами в приймаючих країнах (саме їх і фіксує офіційна статистика).

**2. Неофіційна легальна міграція** – поїздки наших співвітчизників за кордон з декларованою метою туризму, відвідування родичів тощо, з подальшим працевлаштуванням та реєстрацією в країні-реципієнті; учасники таких поїздок не можуть бути відстежені вітчизняною статистикою, але при цьому стають цілком легальними трудовими мігрантами в країнах-реципієнтах.

**3. Успішна нелегальна міграція** – поїздки за кордон, пов'язані з незареєстрованою зайнятістю видами діяльності, дозволеними законодавством відповідних країн.

**4. Міграція жертв злочинних угруповань** – торгівля людьми та інші випадки перебування громадян України в нелюдських умовах або зайнятість протиправною діяльністю за кордоном не з власної волі.

Стабільна трудова міграція у світі за кілька останніх десятиліть призвела до появи певного економічного порядку сегментації ринку праці у розвинених країнах і виділення певних видів роботи, якими займаються мігранти. У першу чергу це непрестижні робочі місця, котрі не вимагають високої кваліфікації, з важкими умовами і низькою оплатою праці. За даними Організації з безпеки та співробітництва в Європі, близько 48% усіх трудових мігрантів становлять жінки. Слід відмітити, що жінки знаходяться у більш дискримінаційних умовах, ніж чоловіки. Типово „жіночими” секторами зайнятості є сфера обслуговування (персонал готелів, клінік, ресторанів, продавці тощо), домашнє обслуговування (няні, гувернантки, домашні робітниці, догляд за хворими), індустрія розваг (танцівниці, учасниці шоу-програм, стриптиз-шоу), медико-оздоровчі послуги (масаж, сауна), секс-послуги. Звичайно, жінки можуть працювати як висококваліфіковані працівники, але таке працевлаштування здійснюється виключно на легальних засадах.

Традиційно „чоловічими” вважаються важкі види праці, що вимагають фізичної сили, управлінська робота, а також робота, що вимагає активної соціальної взаємодії. Чоловіки-мігранти переважно працюють у сферах матеріального виробництва, що потребують певних професійних навичок. Найпоширенішими сферами зайнятості для чоловіків є будівництво, видобуток нафти, мореплавство. Для найму чоловіків часто використовують бригадний принцип.

Не можна не визнавати той факт, що працевлаштування за кордоном є важливим джерелом формування середнього класу, інструментом включення до міжнародного ринку праці, інтеграції до міжнародної спільноти через розвиток безпосередніх людських контактів тощо. Водночас, масова міграція робочої сили для України на даний час має переважно негативні наслідки. Мігрують, як правило, висококваліфіковані спеціалісти, але лише невеликий відсоток їх має гарантовану роботу і відповідні трудові гарантії. Виїжджають за кордон у пошуках роботи молоді люди без певного рівня кваліфікації, які згодні на будь-яку роботу і низьку платню без усяких гарантій. Згубним для економіки країни, для формування її науково-технічного потенціалу є виїзд за кордон науково-технічних кадрів та підготовлених на сучасному рівні спеціалістів.

Більш того, трудова міграція населення спричиняє виникнення не лише соціально-економічних та демографічних, але і соціально-

педагогічних проблем. Адже виїжджаючи працювати за кордон, батьки залишають своїх дітей, що призводить до розвитку соціального сирітства, тобто явища, обумовленого ухиленням або відстороненням батьків від виконання батьківських обов'язків по відношенню до неповнолітніх дітей. В такому випадку діти залишаються без батьківської турботи, догляду, виховання, спілкування, і фактично стають сиротами при живих батьках. Проте ставити питання про позбавлення їх батьківських прав недоцільно, адже переважна більшість із них виїжджають за кордон, щоб мати можливість матеріально забезпечити дітей, які залишилися в Україні.

Точно визначити кількість трудових мігрантів сьогодні неможливо через відсутність достовірної інформаційної бази. За даними Української Всесвітньої координаційної Ради, нині за кордоном працюють 3 – 3,5 млн. українців. Інститут народознавства НАНУ наводить інші цифри – згідно з їх експертними даними за кордоном перебуває 4,5 млн. українських трудових мігрантів. Експерти Науково-дослідного інституту соціально-трудова відносин Міністерства праці та соціальної політики України вважають, що за кордоном працюють від 8,6 до 15,1 % чисельності усього населення України та від 19,5 до 34,1 % економічно активного населення працездатного віку. Український центр соціальних реформ, у свою чергу, вважає, що реальна чисельність мігрантів не перевищує 1,5 млн. осіб. Відповідно якщо немає чіткої статистики щодо кількості батьків, які перебувають у трудовій міграції, немає і точних даних відносно того, скільки є дітей, які залишилися без опіки одного або двох батьків.

Дослідники відзначають, що дитина, батьки якої стали трудовими мігрантами, розлучившись із сім'єю, починає шукати ідеал, авторитет, референтну групу, самостійно виконувати функції батьків (заробляти гроші, красти, просити, доглядати за собою). Для такої дитини характерні проблеми у міжособистісних стосунках та навчанні, афективні поведінкові реакції, виконання невідповідних ролей, схильність до девіантної поведінки. Після від'їзду одного з батьків за кордон, у дітей найчастіше всього виникає глибокий депресивний стан, небажання спілкуватися з рідними та друзями, особливо з мамою чи татом, які поїхали; крім того, дитина стає дратівливою, тривожною, агресивною; у неї можуть з'явитися думки про самогубство; вона нікому не довіряє, і навколишній світ стає для

неї чужим. З огляду на це діти трудових мігрантів потребують соціальної підтримки, допомоги соціальних працівників, соціальних педагогів, педагогів, психологів.

Робота з такими дітьми вимагає перегляду усталених стереотипів: батьки є – і водночас вони відсутні, що ускладнює вплив на дитину, заважає застосовувати єдині вимоги до неї і співпрацювати із сім'єю в інтересах і на захист дитини, вимагає уваги до дитини, її потреб і проблем у позанавчальний час і у процесі навчання, турботи про її настрій, самопочуття, самооцінку, наміри.

Особливої уваги вимагає дитина трудових мігрантів щодо формування в неї позитивної моделі сімейного життя, профорієнтації, громадянського, трудового і морального виховання, оскільки приклад батьків часто показує негативні зразки для наслідування.

Отже, завдання соціально-педагогічної роботи з дітьми трудових мігрантів визначаються проблемами і потребами дітей із дистантних сімей, розв'язання яких вимагає діяльності за наступними **напрямами**:

- інтеграції виховних впливів на дитину у загальноосвітньому навчальному закладі;
- формування об'єктивної самооцінки у дітей, життєвих планів, здійснення профорієнтації;
- виявлення порушень прав дітей та їх захист;
- корекцію поведінки дитини;
- відвідування дитини вдома і вивчення умов її життя, виховання і розвитку;
- правову просвіту щодо прав дітей, в тому числі щодо соціального оточення, яке опікується дітьми трудових мігрантів.

Робота соціальних працівників та педагогів з дітьми трудових мігрантів, їхніми батьками, соціальним оточенням представляє собою, по суті, компенсацію за залишкову модель соціальної політики, яка виштовхує людей на заробітки і приводить до дистантності сімей. Її можна назвати психолого-педагогічною моделлю соціальної політики у конкретному випадку.

Звичайно, що не може заклад освіти у взаємодії із соціальними службами подолати всі проблеми сімей, але може пом'якшити їх наслідки і попередити можливі додаткові проблеми, про які сім'ї спочатку і не здогадуються чи вважають їх несуттєвими. Тому у

роботі щодо попередження проблем дітей трудових мігрантів доцільно використовувати такі **технології**:

**1. Первинна профілактика** проблем дистантних сімей (інформування про проблеми дітей трудових мігрантів, права і потреби дітей, відповідальність батьків та родичів за дітей, формування сімейних цінностей, відповідального батьківства в усіх батьків, показ позитивних зразків сімейного життя, сімейного виховання, ресурсів для задоволення потреб сім'ї).

**2. Вторинна профілактика** проблем дистантних сімей: коли батьки мають намір виїхати на заробітки і прагнуть до співпраці з педагогічними працівниками щодо пом'якшення відображення проблем їх відсутності на дітях у майбутньому. Тут доцільною є робота щодо укріплення сім'ї, навчання виявленню почуттів, активному слуханню дітей. Це можливо, якщо батьки довіряють педагогічним працівникам і повідомляють про свій від'їзд.

**3. Третинна профілактика** проблем дистантних сімей: коли дитина залишається без батьків, виникає необхідність ізолювати її від негативних факторів, впливів, пом'якшити їх, зберегти і розвинути в дитині позитивне, зв'язки з батьками, включивши її в позитивно соціалізуюче середовище в навчанні, дозвіллі.

**4. Соціальний супровід**, у тому числі і патронаж дитини та її оточення на час від'їзду батьків: спільна робота педагогічних працівників закладу освіти, суб'єктів захисту дитини в районі (місті, селі) щодо подолання серйозних проблем, які виникають у дитини в різних сферах життя, зацікавленість долею дитини щодня і, в разі необхідності, об'єднання зусиль, ресурсів для їх подолання.

**5. Реабілітація дитини, сім'ї** після повернення батьків: налагодження взаєморозуміння, стосунків, відновлення почуттів, розв'язання тих проблем, що накопичились за відсутності батьків і можуть бути розв'язаними тільки ними, оскільки саме батьки мають право всюди захищати і представляти свою дитину, її права, інтереси.

**Основними принципами**, якими повинен керуватися спеціаліст, що працює з дітьми трудових мігрантів, є:

**1) соціально політичні принципи:**

- законність (і відповідальність батьків за дітей) та дотримання прав членів родини (дітей – на виховання і розвиток у сім'ї, батьків – на виховання дітей), прав сім'ї (таємниця особистого життя, недоторканність житла);

- єдність державної та регіональної політики у сфері освіти, соціальної роботи;
- пріоритет прав та інтересів дитини над іншими інтересами;
- пріоритет прав сім'ї над державними, правами громади, школи, фахівців тощо;

## **2) організаційні принципи:**

- детермінізм (в оцінці обставин функціонування сім'ї і при ухваленні рішень про роботу з дитиною, соціальними оточенням, батьками);
- компетентність щодо визначення проблем дітей, надання підтримки і допомоги; доступність і безкоштовність послуг дітям, соціальному оточенню, батькам;
- ресурсна обґрунтованість роботи;
- демократизм (делегування повноважень, розподіл відповідальності і самостійності як між фахівцями, так і в сім'ї);
- гнучкість, реальність і комплексність роботи (у плануванні, розподілі сил і ресурсів щодо проблем та міжсекторальне партнерське втручання у проблеми дітей за необхідності);
- результативність роботи; оптимальність та соціальні інновації;
- солідарність (взаємозв'язок і взаємна відповідальність суспільства, фахівців, членів сім'ї, оточення за дитину);
- сумісність (комплекс функцій соціального педагога і психолога, залучених фахівців має відповідати проблемам дитини);
- концентрація (взаємодія між дитиною, сім'єю, оточенням і фахівцями має бути максимально насиченою, забезпечувати бажаний вплив на розв'язання проблем дитини);
- комбінування (дає можливість об'єднати функції фахівців у взаємодії так, щоб не допустити дублювання, паралельності і забезпечити оптимальний варіант розв'язання проблем дитини);
- різноманіття форм, методів взаємодії фахівців з дитиною, її соціальним оточенням, батьками;
- стимулювання сім'ї до активності, розв'язання проблем дитини, до розвитку родини (формування батьківства, відчуття сім'ї, сімейних цінностей, позитивних моделей сімейного життя, поєднання педагогічного керівництва з розвитком ініціативи, самодіяльності і самостійності вихованців, неперервності роботи, виховання дітей тощо);



### **3) етичні принципи:**

- рівність роботи з дітьми трудових мігрантів, їх сім'ями, соціальним оточенням;
- толерантність;
- конфіденційність (якщо це не загрожує життю і здоров'ю дитини);
- співпраця з дитиною, її близькими і родичами;
- об'єктивність (реальне сприйняття проблем сім'ї, дітей);
- спрямованість роботи на самовизначення і незалежне життя сім'ї (право сім'ї на вибір послуг і прийняття рішень на основі інформації фахівців);
- врахування суверенітету та автономності сім'ї у прийнятті рішень щодо своєї життєдіяльності, розвитку (якщо це не загрожує життю та здоров'ю дітей);

### **4) педагогічні принципи:**

- спрямованість на розвиток сім'ї і на збереження цілісності сім'ї;
- диференційований та індивідуальний підхід до дитини, сім'ї, соціального оточення;
- системність і систематичність у роботі (поєднання підтримки, допомоги, самопомоги і втручання у сім'ю в інтересах дитини);
- оптимальність впливу;
- гуманізм (опора на позитивне в дитині, сім'ї, соціальному оточенні, визнання прав дитини, особистих і сімейних інтересів як цінностей);
- зворотній зв'язок у роботі з дитиною, сім'єю;
- науковість;
- наявність позитивного образу, моделі сім'ї як зразка для роботи, до якого треба прагнути;
- самодостатність сім'ї;
- культуровідповідність;
- природовідповідність;
- виховання в діяльності і спілкуванні;
- активізація особистості, сім'ї, середовища щодо розв'язання проблем дитини; спрямованість на розвиток особистості, сім'ї;

- врахування альтернативності розвитку сім'ї, особистості, народності, єдності виховання і життя, соціального виховання і навчання в колективі;

- самопомога особистості в соціальному розвитку;
- педагогізація середовища;
- єдність традиційного і новаторського.

Лише за умови дотримання усіх вищезазначених принципів робота з дітьми трудових мігрантів може бути успішною.

Таким чином, розвиток та вдосконалення системи соціальної роботи з мігрантами та їхніми сім'ями сприятиме вирішенню ряду соціальних, економічних, культурних та інших проблем, до яких призводить явище міграції. Процеси міграції населення завжди будуть існувати і здійснювати на суспільство значний вплив. Головним завданням соціальних служб, що так чи інакше стикаються з міграцією у своїй роботі, є зведення до мінімуму тих негативних тенденцій і наслідків, що вона в собі несе. Міграція може стати і благом і злом, врятувати економіку регіону чи привести до соціального вибуху. Соціальним службам потрібно вчитися керувати міграцією, готувати кадри, накопичувати інформацію про форми і методи роботи, опановувати засобами, за допомогою яких можна здійснювати керування цим процесом.

Якщо коротко підсумувати вище викладене, то у рамках організації соціальної роботи з мігрантами можна намітити основні перспективні напрямки роботи, які здатні суттєво поліпшити ефективність соціальної роботи з мігрантами:

- налагодити і розвинути зв'язок з міжнародними організаціями, що займаються проблемами міграції, і участь у їхній діяльності;

- організація взаємодії між центральними та регіональними державними відомствами й установами і місцевими органами влади, що вирішують проблеми міграції і мігрантів;

- організація взаємодії між державними структурами, громадськими організаціями і фондами, що займаються соціальним захистом і допомогою мігрантам;

- сприяння створенню громадських організацій, що займаються проблемами мігрантів;

- посилити зв'язок із закордонними організаціями, що займаються проблемами мігрантів;

- розробка оптимальної структури і нормативів діяльності стаціонарних і нестаціонарних установ соціальної допомоги мігрантам стосовно до умов конкретних регіонів;
- організація різних форм установ соціального захисту мігрантів (центрів соціального захисту, реабілітаційних центрів, кризових стаціонарів, інтернатів, консультацій, пунктів видачі допомоги і т.п.);
- підготовка і підвищення кваліфікації фахівців по роботі з мігрантами;
- вироблення норм видачі натуральної (продуктової, речової та ін.) допомоги мігрантам;
- проведення соціологічних і маркетингових досліджень проблеми;
- соціальна реклама державної і місцевої міграційної політики;
- організація діяльності служби по зв'язках із громадськістю;
- розробка правових основ видачі пенсій і виплат мігрантам, а також надання фінансової допомоги;
- розробка правових основ соціального, санітарного, медичного і педагогічного контролю життєдіяльності мігрантів;
- розробка правових основ профілактики девіантної поведінки осіб з числа мігрантів;
- організація центрів, курсів і семінарів по професійній підготовці, перепідготовці і підвищенню кваліфікації мігрантів та інших задач.

**Ключові поняття:** міграція, мігранти, типи міграції, причини міграції, закономірності та тенденції міграції, біженці, вимушені переселенці, іммігранти, емігранти, трудова міграція, діти трудових мігрантів.

**Питання та завдання:**

1. Проаналізувати історичний аспект розвитку міграційних процесів на території України.
2. Назвати основні типи міграцій, що існують на сьогоднішній день.
3. Які причини сприяють міграційним процесам?

4. У чому полягає сутність надання соціальної допомоги мігрантам?
5. Які технології соціальної роботи використовуються у роботі з мігрантами?
6. Розкрити поняття „трудова міграція”.
7. Проаналізувати проблеми та потреби дітей трудових мігрантів.

**Практичне завдання.** Зробити план роботи соціального педагога з дітьми трудових мігрантів.

## ДОДАТКИ

### ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА „СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД ДІТЕЙ”

#### **Заняття №1. Особливості соціального супроводу сімей, дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, ВІЛ-позитивних вагітних жінок**

##### **Теоретична частина**

За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватись. У більшості регіонів зростає число інфікованих, хворих на СНІД та померлих від цієї хвороби. За шість місяців 2006 р. в країні зареєстровано 8058 нових випадків інфікування ВІЛ серед громадян України та 10 – серед іноземців. Діагноз СНІД встановлено 2393 ВІЛ-інфікованим громадянам України, у тому числі 61 дитині віком до 14 років. Незважаючи на широкомасштабне впровадження антиретровірусної терапії в регіонах, епідемія ВІЛ-інфекції за перше півріччя 2006 р. забрала життя у 1140 хворих на СНІД, з них 17 дітей. Станом на 01.07.2006 р. число ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під диспансерним наглядом в Україні, становить 67974 осіб. Показник поширеності дорівнює 144,3 на 100 тис. населення (на 01.01.05 – 133,5 на 100 тис. нас). У 6297 ВІЛ-інфікованих осіб хвороба досягла кінцевої стадії – СНІД. Показник поширеності хворих на СНІД дорівнює 13,4 на 100 тис. населення (на 01.01.05 – 10,8 на 100 тис. нас). Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції спостерігаються в Дніпропетровській (356,5 на 100 тис. нас), Одеській (347,5), Донецькій (319,4), Миколаївській (298,2) областях, м. Севастополь (259,2) та АР Крим (221,3). У цих регіонах також зареєстровані найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

Зважаючи на те, що ВІЛ-інфекція – це, насамперед, хвороба, яка має соціальний характер, ВІЛ-позитивні люди і їх сім'ї повсякденно живуть з багатьма труднощами, викликаними їх психологічним та фізичним станом. Так фахівці, що вивчають соціальні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу, виокремлюють основні групи проблем, з якими стикаються сім'ї, що мають ВІЛ-інфікованих членів:

- **здоров'я:** погіршення самопочуття, наявність опортуністичних хвороб;
- **економічні:** проблеми з раціональним харчуванням, вимушене безробіття, втрата доходів, значні витрати на лікування, брак коштів;
- **соціально-психологічні:** емоційний стрес, посттравматичний синдром, соціальна дезадаптованість, самотність, безпорадність, відлюдкуватість, агресивність, схильність до самогубства;
- **соціальні:** стигма і дискримінація, вимушене звільнення з роботи та з дитячих установ і шкіл, обмежений доступ до медичного обслуговування, ускладнення сімейних стосунках тощо.

ВІЛ-позитивні люди та їх найближче оточення переживають соціальну і економічну незахищеність. Брак коштів і соціальна дезадаптованість посилюють емоційний стрес і погіршують їх психологічний і фізичний стан. Специфікою ВІЛ-позитивних вагітних жінок та матерів з дітьми є необхідність попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, розвитку та формування здорового малюка, збереження здоров'я матері на довгі роки. Це може бути досягнуто завдяки своєчасному лікуванню, раціональному харчуванню та соціальній адаптації матері та дитини. Проте, не завжди мати може зробити це самотужки. Такі клієнти потребують специфічної психосоціальної підтримки з боку фахівців, а саме специфічного соціального супроводу. Інститут соціальних працівників покликаний стати першим помічником, консультантом і порадником даних клієнтів.

**Соціальний супровід** сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, – це комплексна діяльність, спрямована на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу з метою подолання життєвих труднощів, захисту прав, збереження та підвищення соціального статусу таких клієнтів.

**Основною метою** соціального супроводу є об'єднання всіх зацікавлених сторін – медиків, психологів, юристів, вчителів, державних службовців для забезпечення нормального функціонування сім'ї, забезпечення її прав та підвищення соціального статусу.

Зважаючи на те, що соціальний супровід – це процес активної взаємодії соціального працівника та клієнта, основним завданням

фахівця, який його здійснює, є формування готовності клієнта до самостійного вирішення проблем, навчання його основним стратегіям подолання життєвих труднощів, створення разом з ним сприятливого оточення з числа представників найближчого кола спілкування, фахівців, громади тощо.

**Підгрунтя** соціального супроводу складають:

- підтримка членів сімей у вирішенні життєвих проблем, які вони не в змозі подолати за допомогою власних засобів та можливостей;
- попередження виникнення нових складних життєвих обставин;
- створення умов для подальшого самостійного розв'язання життєвих проблем, які виникають;
- забезпечення партнерських стосунків сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, з соціальною службою, іншими державними і громадськими установами для комплексного забезпечення їх прав.

*Основними складовими* соціального супроводу сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, є:

**1) Психолого-педагогічна робота** з родиною:

- посередництво у конфлікті (всередині сім'ї або з оточенням – родичами, сусідами, однолітками дитини тощо);
- психологічна підтримка (заспокоєння, виведення з депресії, покращення настрою тощо);
- сприяння вагітним жінкам в отриманні інформаційної та консультаційної допомоги для прийняття рішення щодо народження дитини;
- навчання батьків, матерів навичкам догляду за дитиною;
- надання методичних порад батькам, матерям щодо виховання та розвитку дитини;
- психологічне консультування з питань внутрішньосімейних стосунків та потреб дитини;
- спільне планування майбутнього життя сім'ї, дитини, вагітної жінки, матері з дитиною тощо.

**2) Сприяння поліпшенню матеріального стану** родини або вагітної жінки:

- консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку;

- допомога в оформленні відповідних документів;
- сприяння в оформленні державних допомоги, пенсій, пільг та виплат на дитину;
- посередництво, пошук гуманітарної, спонсорської допомоги.

**3) Сприяння навчанню, розвитку та соціальній адаптації дитини:**

- влаштування дитини у дитячий садок;
- влаштування дитини на навчання;
- влаштування дитини до гуртка, секції, клубу та в інші дитячі установи.

**4) Сприяння у соціальній адаптації сім'ї, вагітних жінок:** залучення членів родини або вагітної жінки, матері до груп взаємопідтримки.

**5) Сприяння захисту здоров'я та оздоровленню дитини і вагітної жінки:**

- попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- сприяння у доступі до АРВ-терапії;
- контроль за дотриманням термінів та правил АРВ-терапії для ВІЛ-позитивних дітей, вагітних жінок, матерів з дітьми;
- влаштування дитини або вагітної жінки на оздоровлення;
- організація медичного обстеження або догляду (лікарського або сестринського);
- сприяння в організації госпіталізації і лікування в медичних закладах;
- сприяння у придбанні ліків, вітамінів, продуктових наборів;
- консультування з питань здорового способу життя, профілактики передачі ВІЛ та методи безпечної поведінки;
- інформування батьків та дітей про АРВ-терапію, альтернативну медицину, сік-терапію, штучне годування, особливості харчування тощо;
- сприяння у забезпеченні замінниками грудного молока, гігієнічними наборами, засобами догляду за дитиною.

**6) Представництво інтересів та захист прав сімей, дітей та вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу:**

- попередження випадків стигми та дискримінації по



- відношенню до клієнтів, порушення їх прав;
- представлення інтересів клієнтів перед органами державної та місцевої влади;
- організація юридичних, психологічних, соціальних консультацій тощо.

Якщо соціальний працівник самостійно не може вирішити певні проблеми клієнтів, то після обговорення з директором центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді він може запросити інших фахівців: психолога, лікаря певної спеціалізації, юриста тощо.

Соціальний супровід – це процес, іноді, достатньо довготривалий. Як кожен процес він має свої **специфічні етапи**, які можна умовно назвати: **підготовчий, етап реалізації та надання конкретних послуг, заключний.**

#### **I. Підготовчий етап:**

1. Прийом та аналіз направлення щодо можливості соціального супроводу: вивчення документа (направлення); інтерв'ю з клієнтом (якщо він сам відвідав центр соціальних служб).

2. Збір інформації про клієнта від партнерських служб та установ.

3. Первинне обстеження клієнта: відвідування/інспектування помешкання клієнта/сім'ї, огляд умов проживання, складання акту обстеження; бесіда з клієнтом, роз'яснення мети і завдань діяльності соціальних служб та соціального супроводу.

4. Робоча нарада з метою вирішення питання щодо взяття чи не взяття сім'ї під супровід на основі проведеного соціального інспектування.

5. Визначення на робочій нараді, хто з соціальних працівників здійснюватиме соціальний супровід клієнта та затвердження його відповідним наказом.

6. Офіційне повідомлення клієнта про позитивне чи негативне рішення стосовно супроводу.

7. Комплексне обстеження клієнта: збір детальної інформації про основні проблеми та потреби клієнта методом анкетування, співбесіди, спостереження за сім'єю, її членами; збір детальної інформації про сім'ю від партнерських установ.

8. Планування спільно з клієнтом соціального супроводу, його затвердження: періодичний перегляд та уточнення плану супроводу.

9. Укладання угоди.

#### **II. Етап реалізації та надання конкретних послуг:**

- здійснення соціального супроводу згідно з робочим планом;
- підготовка щоквартального звіту щодо здійснення соціального супроводу і надання його директорові центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- щомісячне обговорення проведеної роботи на робочих нарадах.

### **III. Заключний етап:**

1. Завершення і оцінка проведеної роботи щодо соціального супроводу клієнта.

2. Написання звіту і обговорення проведеної роботи: після закінчення соціального супроводу соціальний працівник складає остаточний звіт про проведenu роботу.

3. Надання клієнту інформації про соціальну підтримку, якою клієнт або сім'я можуть скористатися в майбутньому.

Не всі клієнти підлягають взяттю під соціальний супровід.

#### **Основними критеріями взяття клієнта під соціальний супровід є:**

- самостійне звернення клієнта до соціальної служби, бажання отримати соціальний супровід;
- проблема, з якою звертається клієнт, не може бути вирішена за одну зустріч;
- добровільна згода клієнта з робочим планом соціального супроводу і умовами угоди, підписання відповідної угоди;
- добровільна згода клієнта дотримуватися умов угоди та робочого плану супроводу.

Якщо критерії не витримуються, клієнт не береться під соціальний супровід.

**Термін** здійснення соціального супроводу конкретного клієнта визначається індивідуально – відповідно до його мети, складності проблем, що підлягають вирішенню, обраної стратегії соціального супроводу. Соціальний супровід припиняється у таких випадках:

- 1) Усі проблеми вирішено або клієнт може самостійно їх вирішити.
- 2) Клієнт добровільно відмовляється від соціального супроводу і „розриває” угоду.
- 3) Клієнт переїхав на нове місце проживання. Якщо місце нового проживання клієнта відоме, соціальний працівник,

який здійснював соціальний супровід, повинен повідомити відповідні служби.

- 4) Клієнт не виконує свої зобов'язання за робочим планом та умови угоди соціального супроводу.

Зважаючи на специфіку клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ, їх соціальний супровід повинен базуватися на таких **принципах**:

- **активного партнерства** – клієнт так само, як і соціальний працівник несе відповідальність за здійснення соціального супроводу, його результати;

- **добровільності у прийнятті допомоги** – клієнт самостійно вирішує приймати чи не приймати допомогу з боку фахівців, отримувати чи не отримувати певну соціальну послугу;

- **конфіденційності** – соціальний працівник несе відповідальність за нерозголошення, конфіденційність інформації, отриманої під час соціального супроводу клієнта;

- **відповідальності соціального працівника** – дотримання етичних та правових норм;

- **безпристрасності** – уникнення конфлікту інтересів;

- **диференційованості** – індивідуальний підхід до кожного клієнта;

- **актуальності** – вибір пріоритетів, вирішення тих проблем, які є найбільш актуальними в даній життєвій ситуації;

- **можливості корекції** – можливість змін у рішенні, корекції робочого плану та складових соціального супроводу;

- **підзвітності** – ведення звітної документації, контроль впровадження етапів соціального супроводу.

#### **Практична частина**

*Робота у групах* Застосовуючи метод мозкової атаки, визначте і проаналізуйте:

- 1) Показники взяття клієнтів даної категорії під соціальний супровід.
- 2) Специфіку підходу до сімей, дітей, вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.
- 3) Особливості соціального супроводу сімей, дітей і вагітних жінок з проблемами ВІЛ/СНІДу.

#### **Презентація груп та групове обговорення**

Проаналізуйте зміст та, використовуючи орієнтовну схему і структуру, напишіть план соціального супроводу:

- 1) сімей і дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу;
- 2) вагітних ВІЛ-позитивних жінок та матерів з дітьми.

**Орієнтовна схема плану соціального супроводу**

<b>Проблема</b>	<b>Що потрібно зробити для її</b>	<b>В які терміни ?</b>	<b>З якими установами/фахівцями потрібно співпрацювати для вирішення</b>	<b>Виконавець</b>

**Структура плану соціального супроводу:**

1. Адаптація в сім'ї: налагодження взаємовідносин з членами сім'ї, родичами, друзями тощо.
2. Вирішення юридичних питань.
3. Вирішення економічних проблем.
4. Вирішення соціально-психологічних проблем.
5. Допомога в соціалізації.
6. Виховання та розвиток дитини.
7. Освіта на навчання.
8. Стан здоров'я дитини, вагітної жінки.
9. Вирішення питань лікування, медичного обстеження та оздоровлення.

**Презентація груп та групове обговорення**

*Групова дискусія:* Проаналізуйте основні етапи соціального супроводу, їх специфіку.

*Узагальнення отриманої інформації під час групової дискусії.*

**Заняття №2. Нормативно-правова база соціального супроводу сімей, які мають ВІЛ-позитивних членів**

**Теоретична частина**

Беручи до уваги серйозну проблему стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, в сучасному українському суспільстві для впровадження соціального супроводу необхідно знати **основні міжнародні керівні принципи ООН з ВІЛ/СНІДу та прав людини**. Насамперед йдеться про:

- Конвенцію про права дитини, ратифіковану Верховною Радою Української РСР 27.02.1991 р.;
- Конвенцію № 111 Міжнародної організації праці про

дискримінацію у галузі праці та занять, ратифіковану Українською РСР 04.08.1961 р.;

- ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи.

Основний зміст вищеназваних документів у сфері прав людини полягає у тому, що будь-яка людина має такі основоположні права, як:

- право на відсутність дискримінації та рівність перед законом;
- право на охорону здоров'я;
- право на освіту та інформацію;
- право на працю;
- право на участь у політичному та культурному житті;
- право на шлюб та створення сім'ї тощо.

В основу документа „ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи” покладені важливі міжнародно-правові акти. Він поєднав та систематизував універсальні, стандартні вимоги світового співтовариства до політики, законодавства та діяльності держав у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом та зменшення шкоди суспільству від цієї проблеми. Він містить 12 керівних принципів, які описують інституційні повноваження і процеси, реформи і підтримку законодавства та створення у суспільстві сприятливого та стимулюючого клімату щодо забезпечення дотримання прав людини у зв'язку з проблемою ВІЛ/СНІДу. Усі принципи є дуже важливими, але у контексті соціального супроводу сімей та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, найбільш доречними є:

- керівний принцип 7 „Служби правової підтримки” передбачає необхідність створення та підтримки служб правової допомоги. Основним завданням таких служб є інформування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб про їхні права, надання безкоштовних юридичних послуг з метою забезпечення дотримання цих прав тощо;

- керівний принцип 8 „Жінки, діти та інші вразливі групи”, зосереджує увагу на створенні сприятливого та стимулюючого середовища для жінок, дітей та інших вразливих груп (зокрема малозабезпечених, нацменшин, біженців та вимушених переселенців, інвалідів тощо) шляхом усунення забобонів та нерівності, що породжують цю вразливість, забезпеченні діалогу з населенням, створенні спеціальних служб та служб охорони

громадського здоров'я, а також через підтримку зазначених вище груп населення.

Соціальному працівнику, який здійснює соціальний супровід людей, що живуть з ВІЛ, корисно знати про особливості українського законодавства у сфері праці.

Так, згідно Конституції України та статті 2-1 Кодексу законів про працю України констатується рівність трудових прав усіх громадян незалежно від походження, соціального і майнового стану, расової і національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, роду і характеру занять, місця проживання і інших обставин. Крім цього, в основному законі України є стаття №33, яка проголошує рівність прав жінок і чоловіків, в тому числі у сфері праці, винагороди за неї, кар'єрного росту, а також спеціальні заходи щодо охорони праці і здоров'я жінок.

Законодавство України не передбачає обов'язкового скринінгу – перевірки на ВІЛ-інфекцію. Так, стаття №25 Кодексу законів про працю України забороняє роботодавцям при підписанні трудової угоди вимагати у осіб, що поступають на роботу, документи, надання яких не передбачено законодавством, в тому числі особистої інформації про стан здоров'я і ВІЛ-статус. На думку фахівців, вимоги щодо обов'язкового тестування на ВІЛ тих, кого приймають на роботу, чи тих, хто вже працює, відсутні в Законах України „Про захист населення від інфекційних хвороб”, „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, а також у відповідних підзаконних актах. Тобто, згідно законодавства України наявність ВІЛ-інфекції не може бути причиною відмови людині у прийнятті на роботу, впливати на її кар'єрне просування чи звільнення з роботи.

Конституція України, Закон України „Про інформацію”, Закон „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” зобов'язують роботодавців дотримуватися конфіденційності медичної і особистої інформації про працівників.

Стаття №170 цього Кодексу зобов'язує роботодавців перевести на легшу роботу працівників, які потребують цього за станом здоров'я у відповідності з медичним висновком, за їх згодою.

У статті №40 Конституції України говориться, що громадяни України мають право на охорону здоров'я. Це право забезпечується

безоплатною кваліфікованою медичною допомогою, що надається державними закладами охорони здоров'я; розширенням мережі закладів для лікування і зміцнення здоров'я громадян; розвитком і вдосконаленням техніки безпеки і виробничої санітарії; проведенням широких профілактичних заходів тощо. Крім цього, у статті № 17 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” передбачені права ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України щодо безоплатного забезпечення ліками, необхідними для лікування, засобами особистої профілактики, психосоціальної підтримки тощо. Стаття №10 Закону „Про захист населення від інфекційних хвороб” також гарантує безоплатне надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах; соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 10.07.98 р. №1051 „Про розмір щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ або хворим на СНІД” ВІЛ-інфікованим дітям до 16 років призначається щомісячна державна допомога у розмірі двох неоподаткованих мінімумів доходів громадян. Порядок виплати цієї допомоги визначає Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.08.98 р. №265 „Порядок виплати щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ чи хворих на СНІД”. Підставою для виплати щомісячної допомоги дітям з ВІЛ/СНІДом є списки, які складає Міністерство охорони здоров'я України для Кримського республіканського, обласних (міських) центрів профілактики СНІДу, а в разі їх відсутності – за списками обласних, Київського і Севастопольського міських санепідстанцій.

ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД діти визнані дітьми-інвалідами згідно Переліку медичних показань, які дають право на отримання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років, що затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 08.11.2001 р. №454/471/516. Порядок і особливості виплати державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років передбачені в „Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам із дитинства й дітям-інвалідам”, затвердженому Наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів,

Міністерства праці і соціальної політики України від 30.04.2002 р. №226/293/169. Інвалідність дітям призначається лікувально-консультативними комісіями (ЛКК) дитячих лікувально-профілактичних установ.

Для здійснення соціального супроводу сімей та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, необхідно враховувати основні положення правових документів, які регулюють соціальну роботу з різними категоріями клієнтів. Так, визначення соціального супроводу, основні принципи, сфери і напрями здійснення соціальної роботи, права суб'єктів соціальної роботи, а також права та обов'язки фахівців із соціальної роботи дає Закон України „Про соціальну роботу”.

Відповідно до цього Закону, основними принципами соціальної роботи з дітьми та молоддю є:

- законність, додержання і захист прав людини;
- диференційованість, системність, індивідуальний підхід;
- доступність, конфіденційність тощо.

Особливості здійснення соціального інспектування різних категорій сімей прописані у „Порядку здійснення працівниками центрів соціальних служб для молоді соціального інспектування з метою забезпечення супроводу сімей у складних життєвих обставинах”, затвердженого Наказом Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 04.02.2002 р. №11, та у „Порядку здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей”, затвердженого Наказом Державного центру соціальних служб для молоді від 08.04.2002 р. №19.

„Порядок здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей” (Наказ Державного центру соціальних служб для молоді від 08.04.2002 р. №19), а також „Порядок здійснення працівниками центрів соціальних служб для молоді соціального інспектування з метою забезпечення супроводу сімей у складних життєвих обставинах” (Наказ Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 04.02.2002 р. №11) визначають порядок і механізми здійснення соціального супроводу сімей, які в певному розумінні можна застосовувати для соціального супроводу сімей з ВІЛ-інфікованими членами.



**Основні нормативно-правові документи, що регулюють соціальний супровід сімей і дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу**

<b>Міжнародні документи</b>	<b>Нормативно-правова база</b>	<b>Накази Міністерств</b>
Конвенція ООН про права дитини	Конституція України	Наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 08.11.2001 р. №454/471/516 „Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років”
Конвенція № 111 Міжнародної організації праці про дискримінацію у галузі праці та занять	Закон України „Про охорону дитинства”	Наказ Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 05.02.2004 р. №38 „Про затвердження Порядку соціального супроводу сімей у кризових ситуаціях”
ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи	Кодекс України „Про шлюб та сім'ю”	Наказ Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 04.02.2002 р. №11 „Про затвердження Порядку здійснення працівниками центрів соціальних служб для молоді соціального інспектування з метою забезпечення супроводу неблагополучних сімей”
	Закон України „Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення”	Наказ Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 04.02.2002 р. №11 „Про затвердження Порядку здійснення працівниками центрів соціальних служб для молоді соціального інспектування з метою забезпечення супроводу сімей у складних життєвих обставинах”

	Закон України „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”	Наказ Державного центру соціальних служб для молоді від 08.04.2002 р. №19 „Про затвердження Порядку здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей”
	Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. №2026 „Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД”	Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 31.08.98 р. №265 „Порядок виплати щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ чи хворих на СНІД”
	Постанова Кабінету Міністрів України від 10.07.98 р. №1051 „Про розмір щомісячної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих ВІЛ чи хворих на СНІД”	Наказ Міністерства охорони здоров’я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 30.04.2002 р. №226/293/169 „Порядок надання державної соціальної допомоги інвалідам із дитинства й дітям-інвалідам”
		Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25.05.2000 р. №120 „Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/ СНІД”

### **Практична частина**

*Робота у групах.* Застосовуючи метод мозкової атаки, визначте основних суб’єктів соціального супроводу. Проаналізуйте роль кожної організації в реалізації соціального супроводу.

*Презентація груп та групове обговорення Групова дискусія*

1) Проаналізуйте основні нормативні документи, правові акти, які регулюють соціальний супровід сімей, дітей, вагітних жінок, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

2) Визначте основні шляхи застосування проаналізованих нормативних документів у практиці соціального супроводу.

*Узагальнення отриманої інформації під час групової дискусії*

**Заняття №3. Методи роботи з сім'ями, які мають  
ВІЛ-позитивних членів, під час соціального супроводу  
Теоретична частина**

Методи роботи – це сукупність прийомів, способів діяльності суб'єктів соціальної роботи, які використовуються для розв'язання соціальних проблем клієнтів, стимулювання розвитку їхніх власних сил, конструктивної діяльності щодо зміни несприятливої життєвої ситуації. Зважаючи на специфіку клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, а також на особливості соціального супроводу таких клієнтів, соціальний працівник може використовувати кілька **основних методів та форм роботи**. Серед найбільш ефективних та розповсюджених можна виокремити **індивідуальні, групові методи та методи роботи у громаді**. До індивідуальних методів відносяться:

**Соціальний патронаж**, який передбачає відвідування клієнтів з діагностичною (вивчення умов проживання, аналіз проблем та потреб), контрольною (оцінка становища ВІЛ-інфікованих дітей, ВІЛ-позитивних вагітних жінок, матерів з дітьми, моніторинг результатів соціального супроводу) чи адаптивно-реабілітаційною (надання конкретної освітньої, соціально-психологічної, педагогічної, посередницької, юридичної, інформаційної допомоги) метою.

Патронаж може бути одноразовим або регулярним, залежно від обраної стратегії роботи з конкретним клієнтом.

**Консультавання** з юридичних, соціальних, психолого-педагогічних, інформаційних проблем, а також щодо здоров'я, здорового способу життя. Основними прийомами консультавання можуть бути: повчання, переконання, художні аналогії тощо.

**Бесіди** з профілактичної, освітньої, психолого-педагогічної тематики. Бесіди можуть проводитися індивідуально з кожним членом родини, вагітною жінкою, дитиною, матір'ю.

**Груповими методами** роботи з клієнтами під час соціального супроводу є:

**Міні-тренінги**, основною метою яких є: вирішення конкретних проблем сім'ї, клієнта, формування навичок спілкування, вирішення конфліктів, налагодження взаємодії, подолання психологічної кризи, планування майбутнього тощо. Під час тренінгу клієнт може збагатити свій досвід за рахунок доповнень, міркувань, зауважень, виявлення певного ставлення, співпраці з іншими членами групи. Залежно від його мети, до участі

в тренінгу можуть залучатися члени родини клієнта, його родичі, друзі, знайомі, сусіди тощо.

**Групове обговорення** конкретних проблем з метою їх вирішення, до якого можуть залучатися усі суб'єкти невирішеної проблеми.

Серед методів **роботи у громаді** для клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, можна виокремити:

**Групи взаємодопомоги** ВІЛ-інфікованих та представників їх найближчого оточення. Серед основних форм роботи таких груп найбільш ефективними є регулярні зустрічі з метою взаємодопомоги, телефонний зв'язок, різноманітні спільні заходи (розважальні, туристичні, екскурсійні), навчальні та оздоровчі заняття тощо.

**Розширення участі** людей, що живуть з ВІЛ, в громадському житті за допомогою формування та розвитку соціальних зв'язків клієнта з оточуючими, його активне залучення до отримання різних послуг, розширення життєвого соціального простору клієнта.

Необхідно звернути увагу, що застосування цих методів соціальним працівником для здійснення соціального супроводу потребує спеціальної підготовки, відповідних знань, навичок та вмінь. Перед застосуванням кожного з перелічених методів соціальний працівник повинен ретельно підготуватися, а саме:

- спираючись на мету та завдання соціального супроводу конкретного клієнта, обрати адекватні методи роботи;
- заздалегідь підготувати план (список) ключових питань, проблем, тем, які будуть підніматися при застосуванні того чи іншого методу роботи з клієнтом;
- створити належні умови для запровадження того чи іншого методу (продумати де, як, в який саме час краще застосувати цей метод);
- вирішити кого саме з оточуючих залучити до роботи;
- продумати, яких саме фахівців необхідно запросити для спільного застосування певного методу;
- заздалегідь приготувати необхідну інформацію, наочність, інформаційні матеріали, які будуть використовуватися тощо.

Вирішенню цих завдань сприяють такі **специфічні методи**:

- **організаційні**: планування, аналіз ситуації, прийняття рішення, формування соціальних зв'язків, ведення переговорів тощо;
- **соціально-психологічні**: прямий (безпосередній) вплив на клієнта задля залучення до вироблення та прийняття рішень, а також

непрямий (опосередкований) вплив на життєву ситуацію, проблему клієнта шляхом зміни ставлення, поведінки його оточення. Ці впливи можуть реалізовуватися через пропозиції, поради, умовляння, раціональні дискусії, рефлексію тощо;

- **соціально-педагогічні:** розвиваюча взаємодія соціального працівника та клієнта задля спільного вирішення проблеми та збагачення життєвого досвіду; залучення до певних видів діяльності, емоційне „зараження” тощо.

#### **Практична частина**

*Робота у групах.* Застосовуючи метод мозкової атаки, визначте специфіку застосування різних методів у роботі з сім'ями, дітьми, вагітними жінками, матерями, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу. Презентація груп, групове обговорення та узагальнення отриманої інформації

### **Заняття №4. Консультування у структурі соціального супроводу сімей, дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, ВІЛ-позитивних вагітних жінок**

#### **Теоретична частина**

**Консультування** – специфічний процес спілкування консультанта і клієнта з метою вирішення проблемних ситуацій.

Консультування є ефективним методом допомоги, тому що воно відповідає кільком умовам:

- допомагає людині „розкрити” душу, висловити почуття, позбутися напруги, більш раціонально, об'єктивно глянути на ситуацію;
- дає можливість клієнту відчувати розуміння і прийняття своєї особистості іншою людиною, дає впевненість у собі;
- надає інформацію, якої не вистачає клієнту;
- вказує клієнту на різні шляхи вирішення конкретних проблемних ситуацій тощо.

Консультування завжди повинно відбуватися у формі активного діалогу між спеціалістом-консультантом і клієнтом та будується на принципі рівності. Консультант лише допомагає, підтримує клієнта в самостійному пошуці вирішення проблеми.

Для ефективності процесу консультування важливо дотримуватися **етичних норм та принципів:**

- **Доброчливе і безоціночне ставлення до клієнта.** Якщо клієнт не буде відчувати позитивного ставлення до його почуттів,

він не зможе розкритися і „озвучити” свої проблеми.

- **Орієнтація на норми і цінності клієнта.** У кожної людини склалися унікальний погляд на життя, принципи і цінності. Якщо консультант починає відштовхуватися від власних цінностей, він перестає розуміти, чути клієнта. А клієнт вважає, що консультант його не розуміє і або відмовляється від подальшого консультування, або підпадає під вплив консультанта.

- **Заборона давати поради.** Даючи поради, консультант бере на себе відповідальність за життя і поведінку людини, а також за усі наслідки його поведінки. Поради не дають можливості людині самостійно взяти на себе відповідальність за своє життя і навчитися контролювати ситуацію. Клієнт звикає до зовнішнього керівництва життям і знову, і знову буде приходити за порадою. Проте основна мета консультування – допомогти людині сформулювати адекватне уявлення про ситуацію і самостійно долати проблеми. Надання інформації, на основі якої людина може прийняти вірне рішення, не є порадою.

- **Анонімність.** Ніяка інформація, отримана від клієнта, не може бути передана в інші установи, третім особам, включаючи навіть членів родини, друзів тощо.

- **Розмежування особистих і професійних відносин.** Встановлення тісних особистісних стосунків між клієнтом та консультантом не дає можливості останньому зберегти об’єктивну і незалежну позицію, необхідну для роботи.

Зважаючи на специфіку ВІЛ-інфікованих клієнтів необхідно виокремити позитивні та негативні моменти процесу консультування. Знання таких моментів надасть можливість уникнути „негативу” і посилити „позитив” у процесі консультування конкретного випадку.

**Основні переваги консультування:**

- консультації є ефективним методом для людей в стадії „жертви” і тих, хто знаходиться у стадії гострої кризи;
- клієнт почувається більш впевнено, спілкуючись з консультантом наодинці;
- саме на консультації ВІЛ-інфіковані люди вперше відкрито говорять про свій ВІЛ-статус і вчать його приймати;
- часто люди не можуть самостійно сформулювати свою проблему і не бачать можливих шляхів її вирішення. Саме консультування дає можливість краще зрозуміти себе і свої труднощі;

- підтримка та інформація під час консультації повністю відповідає життєвій ситуації клієнта.

**Основні недоліки консультування:**

- багато ВІЛ-інфікованих людей через свої психологічні особливості, не хочуть звертатися за консультацією і відмовляються від них навіть під час соціального супроводу;

- консультування не дає можливості ВІЛ-інфікованим проявляти активність і допомагати іншим людям, що є важливим для таких клієнтів;

- клієнт, особливо ВІЛ-інфікований, може легко підпасти під вплив консультанта;

- почуття емпатії та співчуття до ВІЛ-інфікованого клієнта може привести до ефекту „згоряння” консультанта.

Успіх і ефективність консультування забезпечується професійним менеджментом, а також кваліфікацією консультанта. Незалежно від освіти і професії, консультування може проводити лише фахівець, який пройшов спеціальне навчання. Консультанту важливо пам'ятати, що багато людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, багато знають про ВІЛ/СНІД, лікування і життя з ВІЛ. Саме тому консультант повинен готуватися до кожної консультації, мати „банк інформації” про питання ВІЛ/СНІДу і суміжні проблеми.

Кожне консультування складається з кількох умовних **стадій**:

- **Стадія встановлення стосунків** між консультантом і клієнтом. Під час цієї стадії консультант повинен проявити зацікавленість до того, що говорить клієнт, та готовність прийняти та зрозуміти його.

- **Стадія прояснення ситуації** настає після встановлення довірливих стосунків. Основне завдання консультанта на цій стадії – використовуючи метод активного слухання і правильно сформульованих запитань, зрозуміти ситуацію, допомогти людині виразити свої почуття і сформулювати проблему.

- **Стадія надання ресурсів** – це безпосередня робота з проблемою клієнта. Саме на цій стадії клієнт отримує знання, навички, які нададуть йому можливість позбутися проблеми або зменшити її вплив. Виокремлюють чотири основні методи надання ресурсів:

- 1) Надання підтримки. Особливо це важливо для ВІЛ-інфікованих людей, які відчують самотність, безвихідність. Вони часто залишаються наодинці зі своїми почуттями, тому

співчуття, активне спілкування – добра підтримка для них.

2) Надання інформації. Люди з ВІЛ відчувають дефіцит інформації з самих болючих питань, що не дає можливості їм самостійно приймати адекватні рішення і контролювати життя. Важливо, щоб консультант зміг відповісти на питання клієнта, надавши йому необхідну інформацію в доступній і зрозумілій формі.

3) Допомога в прийнятті рішення і плануванні. Консультант і клієнт спільно визначають альтернативні рішення, обговорюють їхні плюси та мінуси, складають реалістичний план та список конкретних практичних кроків для вирішення проблеми. Така взаємодія дає можливість клієнту відчути, що він може контролювати своє життя.

4) Переадресація. За необхідності консультант може направити клієнта до іншого фахівця, або надати йому координати інших служб, де йому можуть допомогти. Наприклад, якщо консультант не володіє інформацією щодо особливостей харчування ВІЛ-позитивних вагітних жінок, він може обговорити з клієнткою можливість звернення до дієтолога.

• **Стадія завершення консультування.** Це є важливим етапом у діалозі між консультантом та клієнтом. Він дозволяє консультанту отримати зворотній зв'язок, дізнатися, наскільки клієнт задоволений процесом і результатами спілкування, обговорити і узагальнити шляхи досягнення мети. Як правило, у ВІЛ-інфікованих клієнтів спостерігається безліч різноманітних проблем, які починають поступово розв'язуватися під час консультування. Саме тому для вирішення цих проблем консультанту необхідно буде спільно з клієнтом проходити усі попередні стадії консультування: прояснити ситуацію, надати підтримку, поінформувати, знайти і проаналізувати можливі шляхи вирішення.

Консультування ВІЛ-інфікованих людей повинно стати методом, який допомагає їм змінити життя, зробити його більш якісним і повноцінним. Сучасний консультант людей, що живуть з ВІЛ, – це людина, яка добре обізнана з медичними, соціальними і психологічними аспектами життя з ВІЛ, яка орієнтується в суміжних проблемах, володіє спеціальними техніками проведення консультування, готова адекватно сприйняти клієнта з усіма його негараздами.



### Практична частина

*Робота у групах.* Застосовуючи метод мозкової атаки, визначте зміст і специфіку:

1. Соціального консультування.
2. Психолого-педагогічного консультування.
3. Юридичного консультування.
4. Консультування щодо проблем ВІЛ/СНІДу, здорового способу життя.

*Презентація груп, групове обговорення та узагальнення отриманої інформації*

*Групова дискусія*

- 1) Визначте зміст консультування з певних питань.
- 2) Визначте вимоги до консультанта, що проводить консультування з певних проблем.

*Узагальнення отриманої інформації під час групової дискусії*

*Рольова гра* Моделиювання процесу консультування з певних соціальних, психолого-педагогічних, юридичних, інформаційних проблем певних категорій клієнтів, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

*Узагальнення отриманої інформації*

### Заняття №5. Менеджмент соціального супроводу

#### Теоретична частина

Ефективність соціального супроводу залежить від правильного менеджменту. Менеджмент дає змогу планувати стратегію і етапи соціального супроводу, корегувати його хід, координувати діяльність консультантів, фахівців, які здійснюють соціальний супровід тощо.

#### Основні складові менеджменту соціального супроводу



Успішний менеджмент повинен включати створення умов для роботи фахівців і їх професійну підтримку:

- **Збір інформаційних матеріалів і створення бази даних.**

У фахівців завжди повинна бути „під рукою” основна інформація з різних питань, наприклад, законодавчі акти, статистика з епідемії ВІЛ/СНІДу тощо. В менеджмент соціального супроводу повинні входити постійні ревізії, оновлення і доповнення даних, інформаційних джерел. Крім цього, вони повинні мати більш-менш повний список організацій, в які може звернутися клієнт.

- **Залучення, підготовка і підтримка фахівців.** Оскільки соціальний супровід комплексний і багатогранний процес, основою його успіху є навички соціального працівника, його рівень знань, особистісні і професійні якості. Для того, щоб соціальні працівники якісно здійснювали соціальний супровід, необхідна організація навчання фахівців. Це потрібно з точки зору мінливості епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДом, появи нових методів роботи з ВІЛ-інфікованими і нової інформації.

Процес соціального супроводу обов’язково потребує моніторингу та оцінки з метою своєчасного корегування його етапів, подолання перешкод, вирішення проблем тощо.

Моніторинг повинен здійснюватися з самого початку процесу соціального супроводу – з першої зустрічі з клієнтом і винесення рішення щодо його взяття під соціальний супровід. Основні завдання **моніторингу та оцінки:**

- узгодження робочого плану соціального супроводу з його метою, потребами клієнта;
- корекція робочого плану згідно з реальною ситуацією, в якій опинився клієнт;
- аналіз та оптимізація співпраці фахівців різного профілю щодо вирішення проблем клієнта;
- аналіз та корекція форм та методів роботи з клієнтом відповідно до його фізичного та психологічного стану, основних потреб тощо.

Моніторинг та оцінка процесу соціального супроводу можуть здійснюватися:

- Соціальним працівником, який безпосередньо займається соціальним супроводом. *Основні методи*, за допомогою яких соціальний працівник може здійснювати моніторинг та оцінку: спостереження, аналіз звітної документації (актів інспектування, плану соціального супроводу, щоквартальних звітів), бесіди з клієнтами та їх найближчим оточенням.

- Директором центру соціальних служб для сім’ї, дітей та

молоді. *Основні методи* моніторингу та оцінки: супервізія, аналіз звітної документації (плану соціального супроводу, щоквартальних звітів, фінального звіту), контрольні візити до клієнтів, сімей, бесіди з клієнтами і соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід тощо.

Моніторинг та оцінка процесу соціального супроводу з боку директора центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді повинні включати **основні кількісні та якісні показники**:

- кількість проінспектованих сімей, клієнтів;
- кількість та основні характеристики клієнтів, сімей, взятих під соціальний супровід;
- якість робочого плану соціального супроводу;
- кількість та якість соціальних послуг, наданих клієнтам, сім'ям в межах соціального супроводу;
- кваліфікація соціального працівника, його відповідність професійній діяльності щодо здійснення соціального супроводу тощо.

До основних типів документації з соціального супроводу, за якими можна здійснювати його менеджмент, моніторинг та оцінку, відносяться:

- форма направлення клієнта до соціальної служби;
- форма акту первинного обстеження клієнта;
- форма акту для комплексного обстеження клієнта;
- форма типової угоди співпраці з клієнтом;
- форма перегляду плану-угоди;
- форма плану індивідуального супроводу клієнта;
- робочий щоденник (перелік контактної інформації);
- форма обліку матеріальної підтримки тощо.

## ТРЕНІНГ ДЛЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПІДЛІТКІВ

**Мета:** допомогти підліткам пізнати себе, свої риси (здебільшого це риси психічних і психологічних функцій дитини, які допомагають або ускладнюють процес спілкування, можуть загострювати стосунки з однолітками та батьками, навколишнім світом), сильні й слабкі сторони; розвинути почуття власної гідності, перебороти невпевненість; навчитися керувати своїм внутрішнім світом, найбільш успішно й повно реалізувати себе в поведінці та діяльності, утвердити свої права і власну цінність, сформувати адекватну „Я-концепцію”.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені такі завдання. Процес групової роботи з підлітками не може відбуватися лише в контексті розмови про хворобу ВІЛ. У зв'язку із цим, психотерапевтичні заняття ми розглядаємо набагато ширше й формуємо їхню мету як формування активної життєвої позиції підлітків, незалежно від їхнього ВІЛ-статусу.

*Активна життєва позиція особистості* – це обумовлена конкретними соціальними обставинами стійка форма прояву ідейно-моральних установок і ставлень людини, знань та вмінь, переконань і звичок, яка чинить регулятивний вплив на її поведінку та діяльність. Активна життєва позиція підлітка має формуватися поступово. Вона виробляється упродовж тривалого часу в результаті дорослішання, подолання повсякденних труднощів, оволодіння соціальним досвідом, професійною майстерністю.

*Показниками активної життєвої позиції виступають:*

- цілеспрямованість та усвідомленість дій і вчинків;
- відповідальність та активність у різних видах діяльності (особливо в громадській діяльності);
- результати діяльності й суспільної активності особистості, що відповідають вимогам і умовам життя в суспільстві;
- реальні дії, вчинки і спосіб життя особистості.

Ураховуючи наведені вище показники, проведення групової психотерапії, окрім розкриття ВІЛ-статусу, мало на меті й формування активної життєвої позиції та життєвих навичок дітей, які регулярно відвідували нашу групу.

Процес набуття знань та вмінь передбачає опанування підлітками певної інформації та розуміння життєвих ситуацій. Передача знань у процесі навчання може охоплювати як виклад і

засвоєння простої інформації, так і розуміння того, як вона взаємопов'язана. Наприклад, знання шляхів передачі ВІЛ-інфекції є результатом засвоєння простої інформації, а усвідомлення зв'язку між різними шляхами передачі ВІЛ-інфекції дає розуміння того, що статеві зв'язки зі споживачем ін'єкційних наркотиків підвищують ризик інфікування.

Знання та вміння є необхідною, але недостатньою умовою формування життєвих навичок підлітка. Наступним необхідним кроком у реалізації програми формування життєвих навичок є вироблення ставлення до набутих знань безпосередньо в дітей – учасників проекту, розуміння їх життєвої необхідності.

*Ставлення* – це особисті погляди, стереотипи, уявлення, переконання, забобони, суб'єктивні оцінки суперечностей: що подобається, що не подобається, добре чи погане, важливе чи неважливе, потребує уваги чи ні тощо. Ставлення охоплює також ціннісні настанови, переконання, соціальні й субкультурні норми, права, очікування та мотивації. Ставлення на світоглядному рівні зумовлює певні дії або реакції людей. Наприклад, повага до свого тіла та висока оцінка важливості догляду за ним є суттєвим фактором збереження особистого здоров'я, активного функціонування організму та високого рівня працездатності.

На основі знань, умінь та ставлень можуть бути сформовані необхідні для збереження здоров'я життєві навички, здатність практикувати конкретні моделі поведінки. Вони охоплюють життєві та специфічні практичні навички, які стосуються здоров'я, наприклад надання першої медичної допомоги, дотримання гігієни, правильне користування протизаплідними засобами тощо. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, життєві навички – це здатність до адаптивної та позитивної поведінки, яка дає можливість індивідам ефективно розв'язувати проблеми й долати повсякденні труднощі. Ці навички допомагають людям приймати обгрунтовані рішення, розв'язувати проблеми, критично і творчо мислити, ефективно будувати соціальні контакти та здорові стосунки, співчувати, продуктивно організовувати власне життя, вести здоровий спосіб життя.

Життєві навички можуть бути застосовані підлітком насамперед у власній поведінці або спрямовуватися на інших, а також на зміну оточення задля того, щоб зробити його позитивним і безпечним для здоров'я.

Родина, школа і, звичайно, заняття в нашому Центрі мають допомогти дитині у формуванні життєво важливих компетенцій, необхідних для збереження власного здоров'я. Освіта, яка базується на навичках, використовує методику навчання, спрямовану на вироблення позитивних навичок для здорового розвитку, а також на уникнення й запобігання ризикам для здоров'я, наприклад, пов'язаним із вживанням наркотиків. Така освіта допомагає підліткам та молоді ідентифікувати фактори, які впливають на їхній вибір стосовно ризикованої поведінки й далі – на стан здоров'я.

Набуття життєвих навичок є поступовим, поетапним процесом, який супроводжує, а в деяких випадках визначає, період особистісного зростання. Для підвищення ефективності формування навичок цей процес має бути неперервним і несуперечливим. На формування навичок впливає багато чинників, які взаємодоповнюють один одного (родина, школа, позашкільні установи), а також чинників, що протидіють або конкурують (територіальні компанії, асоціальні та дисфункційні родини). Тому до аспектів формування життєвих навичок зараховують також необхідність вироблення навичок нейтралізації чи мінімізації можливого негативного впливу на підлітка. Позитивну роль у цьому процесі має відігравати робота з батьками дітей. Роз'яснення батькам необхідності та шляхів формування життєвих навичок у дітей забезпечить формування моделі поведінки, спрямованої на збереження здоров'я.

Таким чином, у двох Київських міських соціальних закладах по роботі з ВІЛ-позитивними дітьми та молоддю в Києві у 2008 році було започатковано роботу підліткових клубів, метою яких є залучення ВІЛ-позитивних підлітків до громадської діяльності, впливу на формування соціальної політики міста та формування в них активної життєвої позиції. Паралельно було започатковано модель соціально-психологічної підтримки ВІЛ-позитивних підлітків та їхнього найближчого оточення.

Метою цієї інноваційної програми є дослідження процесу роботи з підлітками та розроблення моделі (програми) соціальної роботи з ВІЛ-позитивними підлітками та молоддю.

Наші клієнти, а це підлітки від 7 до 14 років, з великою радістю приходять сюди поспілкуватися з однолітками, просто послухати популярну музику. Наші фахівці із соціальної роботи також регулярно організовують спортивні змагання, залучають підлітків до гри у

футбол, баскетбол, настільний теніс, мотивують їх до активної життєвої позиції, незважаючи на ВІЛ-позитивний статус.

**Завданням** занять було:

- допомогти підліткам усвідомити свою індивідуальність;
- навчити способам зняття фізичної та психологічної напруженості;
- підвищити самооцінку, значимість дитини, її самоповагу;
- розвинути здатність до адекватного самосприйняття;
- навчити конструктивним формам спілкування, співпраці з однолітками;
- навчити проявляти співчуття та емпатію;
- формування активної життєвої позиції щодо вирішення різних проблемних питань.

**Методи**, які використовувалися в роботі:

- бесіди, обговорення;
- малювання;
- ліплення з глини чи скульптурної маси;
- казкотерапія;
- психогімнастика;
- ауторелаксація;
- вправи на взаємодію;
- рольові ігри.

У цій програмі реалізовувалися кілька важливих потреб підліткового віку: в авторитеті дорослого, зорієнтованого на проблеми підлітка, та в групі однолітків.

Основна ідея занять – допомогти підліткам стати самими собою, прийняти й полюбити себе.

Кожний підліток неминуче стикається із життєвими труднощами, які ставлять його перед необхідністю вирішувати такі завдання:

1. Розвинути більшу незалежність та навчитися самостійно приймати рішення. Підліток повинен навчитися справлятися із життєвими труднощами, приймати існування протиріч у своєму житті, критично оцінювати себе.

2. Навчитися ставити довготермінові цілі в особистому і професійному житті й рішуче йти до них.

3. Навчитися брати на себе відповідальність.

4. Навчитися сприймати й відчувати власну цінність.

Психологічні інтерактивні вправи сприяють розвиткові підлітків. Завдяки тому, що важливі життєві питання порушуються в колі ровесників, обговорюються різні випадки, думки тощо, у підлітка з'являється можливість порівняти свою точку зору з іншою.

## ЗАНЯТТЯ 1

### Знайомство з групою

*Завдання:* заздалегідь намалюйте на папері формату А2 сліди й напишіть „Ласкаво просимо”. Можете за бажанням прикрасити аркуші малюнками. Покладіть їх на підлогу й зафіксуйте. Діти повинні знати, що в цьому місці їм раді.

*Мета:* знайомство з учасниками групи, створення позитивної мотивації, зацікавленості підлітків у заняттях, взаємної довіри та поваги; ознайомлення з основними правилами роботи тренінгу; введення в атмосферу тренінгу.

*Обладнання:* фарби, кольорові олівці, фломастери, папір, кольорова крейда, картки, шпильки.

### Вправа „Груповий договір”

„Це наша група. Її успіх чи невдача залежать від нас самих. Ми зібралися разом у пошуках себе. Наша участь повинна бути чесною; те, що ми сподіваємося тут знайти, – це правда. Проявляючи почуття, надії і мрії, ми можемо дізнатися більше. Дружні стосунки та самоусвідомлення будуть винагородою. Ми будемо поважати таємницю кожного учасника і не виноситимемо те, що відбувається на зустрічі групи, за її межі. Усе, що ми бачимо тут, усе, про що ми говоримо, і все, що ми чуємо тут, давайте тут і залишимо. У нашій групі є правила: а) все, що ми говоримо, – ми говоримо для всіх; розмови, що не стосуються теми, не дозволяються; б) ми повинні дбайливо ставитися один до одного”.

### Вправа „Ім'я”

Ведучий просить дітей намалювати на папері образ свого імені. Після того як діти закінчать малювати, вони стають у коло й по черзі розповідають історію свого імені (що це ім'я означає, на честь кого його назвали, як живеться із цим іменем, чи було бажання його змінити). Дитина також називає ім'я, яким до неї можна звертатися в групі. За бажанням учасники можуть зробити бейджики з іменами.



### **Вправа „Правила життя в групі”**

Об'єднайте дітей у дві мікрогрупи. Ведучий просить обговорити в групах і записати на аркушах відповіді на такі запитання:

1. Що роблять чи говорять навколо тебе люди такого, що заважає тобі говорити про свої переживання?

2. Що роблять навколо тебе люди такого, що допомагає тобі говорити про свої переживання?

Один учасник від групи зачитує те, що група напрацювала. Ведучий пропонує створити певні загальні правила, виконання яких дало б можливість спілкуватися, розмовляти про свої почуття.

#### ***Рекомендовані правила:***

- Правило постійності: не пропускати занять.
- Щирість (говорити щиро або промовчати).
- Конфіденційність (не розповідати про досвід інших учасників групи).
- Не оцінювати учасників групи, не давати порад, наприклад: „Він повинен...”, „Я вважаю...” (Ви можете сказати: „У цій ситуації я міг би вчинити так...”).
- „Я-висловлювань”: кожен учасник говорить тільки від свого імені, тільки про свої думки і почуття.
- Правило кола – кожен перебуває в рівних умовах і бачить іншого.
- Підтримка групи.
- Правило ініціативи: на заняттях можуть обговорюватися різні теми, виходячи з внутрішнього запиту кожного учасника.

### **Вправа „Мої очікування та побоювання”**

*Обладнання:* клейкі квадратні аркуші двох кольорів (за кількістю учасників), ручка, дошка, яка б утримувала аркуші. „Ось ми вже ближче познайомилися. І все ж, мабуть, ще не всі впоралися з хвилюванням, у когось наші незвичні вправи викликають подив. Спробуймо поділитися своїми думками. Для цього я роздам вам червоні та зелені аркуші. Давайте визначимося, який колір ми закріпимо за очікуваннями, а який – за побоюваннями.

Вам дається п'ять хвилин для того, щоб обдумати й записати свої очікування стосовно наших занять та свої побоювання. Пам'ятайте, що очікування ми виділили зеленими аркушами, а

побоювання – червоними. Далі потрібно вийти до дошки та закріпити на ній свої аркуші. За вами – вибір: чи розмішувати їх поруч, чи за принципом близькості – віддаленості щодо очікувань та побоювань інших учасників. Побачимо, що в нас вийде. Після закінчення вправи треба буде вийти до дошки й оголосити свої очікування та побоювання”.

*Аналіз вправи:* Наскільки близькими чи віддаленими виявилися наші очікування? Коло наших побоювань – яке воно? Чи важко було його окреслити? Чи важко було розповідати про свої почуття? Із чим це може бути пов’язано?

### **Вправа „Крижинка”**

*Мета:* навчитися бачити й цінувати різноманітність.

*Обладнання:* роздати присутнім аркуші паперу.

Ведучий (пропонує виконати такі дії):

- розгорніть серветку;
- складіть аркуш удвоє, відірвіть верхній лівий кут;
- складіть аркуш удвоє, відірвіть його нижній правий кут;
- складіть аркуш удвоє, відірвіть його нижній лівий кут;
- складіть аркуш удвоє, відірвіть його верхній правий кут;
- складіть аркуш удвоє, відірвіть його нижній правий кут.

Погляньте на свій аркуш, а далі на аркуші інших. Ми можемо бачити, що в кожного вийшов свій малюнок аркуша, хоч всі виконували однакові дії.

*Аналіз вправи:* Обговорення.

## **ЗАНЯТТЯ 2**

*Мета:* створення умов для роботи в групі; сприяти глибшому саморозкриттю, яке мотивує до змін.

### **Вправа**

„Зараз у нас буде можливість продовжити знайомство. Зробимо це так: той, хто стоїть у центрі кола, пропонує помінятися місцями (пересісти) всім тим, хто має якусь спільну ознаку. І цю ознаку називає. Наприклад, я кажу: „Пересядьте всі, хто має сестру”, – і всі, у кого є сестра, повинні помінятися місцями. При цьому той, хто стоїть у центрі кола, повинен встигнути зайняти одне з місць, а той, хто залишиться в центрі кола без місця, має продовжити гру.

Використовуємо цю ситуацію для того, щоб більше дізнатися один про одного”.

Після закінчення вправи, ведучий може звернутися до групи з питанням: „Як ви себе почуваете?” або „Який зараз маєте настрій?”.

### **Вправа „Лічба до десяти”**

*Мета:* сприяння формуванню навичок узгоджувати свої дії з групою.

„Усі встають у коло, не торкаючись один одного плечима й ліктями. За сигналом „Почали!” необхідно заплющити очі, опустити голову й порахувати до десяти. Хитрість полягає в тому, що рахувати ви будете по черзі. Хтось скаже „один”, другий – „два”, третій – „три” і т.д. Проте в грі є одне правило: слово повинна сказати тільки одна людина. Якщо два голоси одночасно скажуть, наприклад, „чотири”, рахунок починається з початку. Все зрозуміло? Почнемо. У вас є десять спроб. Якщо за десять спроб ви доведете рахунок до десяти, вважайте себе чарівниками, а свою групу – надзвичайно згуртованою. Після кожної невдалої спроби ви можете розплющити очі, подивитися один на одного, але без розмов. Спробуйте зрозуміти один одного без слів – порозумітися поглядами, жестами.

Ви виявили важливу психологічну закономірність. Коли щось не виходить, люди починають дратуватися, злитися, стають агресивними, недобррозичливими у ставленні один до одного. Треба навчитися стримуватися, не виявляти гніву. Спробуймо ще раз”.

### **Вправа „Погляньмо один на одного”**

Для розвитку самосвідомості велике значення має також прийняття власного тіла, знання й розуміння його можливостей та обмежень. Обличчя є тією частиною тіла, яка найяскравіше виражає характер та особистість людини. Кожному підліткові важливо навчитися приймати й любити своє обличчя таким, яким воно є.

*Обладнання:* кишенькові люстерка, папір та олівець – кожній дитині.

„Скажіть мені, будь ласка, що робить обличчя таким цікавим? Ви можете навести мені приклад цікавого обличчя? У чому полягає відмінність між цікавим і красивим обличчям? Чому більше цінується цікаве обличчя, ніж красиве? Що було б, якби всі люди ходили із закритими обличчями, а видно було б лише їхні очі? Своїм

обличчям ми демонструємо оточенню, хто ми є. Воно допомагає виразити свої почуття і стан душі. Окремі риси обличчя, форма носа чи рота, можливо, передавалися в родині з покоління до покоління. Кожне обличчя унікальне й неповторне. Воно таке саме неповторне, як відбитки пальців. Я принесла кілька кишенькових люстерок. Роздайте їх по колу й уважно подивіться на своє обличчя. Запам'ятайте форму лоба, розріз очей, форму брів, носа, губ та підборіддя. А тепер візьміть кожний по аркушу паперу та опишіть риси свого обличчя. Будь ласка, не підписуйте свого імені”.

Ведучий збирає всі аркуші й роздає їх дітям так, щоб вони не здогадувалися, чий аркуш вони отримали.

„Сидячи в колі, уважно розгляньте обличчя інших учасників упродовж п'яти хвилин. Тепер нехай кожен із вас по черзі зачитає опис, який тримає в руках, і спробує відгадати, кому він належить і про чиє обличчя йдеться. Будь ласка, поки всі описи не будуть зачитані, не повідомляйте, чи правильно був визначений власник обличчя”.

Коли всі описи будуть представлені групі, дайте учасникам кілька хвилин для того, щоб з'ясувати, який опис кому належить.

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, які виникли під час проведення вправи.

### **Вправа „Рух по колу”**

За допомогою цієї вправи можна сконцентруватися на позитивних рисах своєї особистості та розповісти про них іншим. Для виконання цієї вправи потрібно розставити стільці у два ряди по колу так, щоб вони стояли один навпроти одного й були повернені один до одного.

Діти сідають. Ведучий називає тему для бесіди, і два партнери, які сидять навпроти, можуть поговорити на цю тему. Через дві хвилини учасники, які сидять у внутрішньому колі, повинні пересісти на одне місце ліворуч, таким чином вони опиняться вже навпроти інших людей.

Перша тема: „Що я люблю?” (2 хвилини).

Через дві хвилини діти з внутрішнього кола пересідають на один стілець ліворуч.

Далі тема – „Що мені подобається в собі?”.

Інші теми для обговорення: „Мій друг”, „Люди, які мене поважають”, „Дуже важлива для мене мета”, „Моя мрія”, „Моя улюблена справа”, „Найкраще в моїй родині”.

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, які виникали під час проведення вправи.

### ЗАНЯТТЯ 3

*Мета:* дати підліткам можливість ясніше усвідомити важливі риси та інтуїтивні межі своєї особистості, а також допомогти дітям краще пізнати один одного й таким чином впевненіше почуватися в групі.

#### **Вправа „Оце Я!”**

*Обладнання:* велика кількість різних газет, у яких розповідається про різні сфери життя, що можуть цікавити підлітків з нашої групи; клей, ножиці та великий аркуш паперу формату А1 для кожного учасника, фарби, олівці.

*Інструкція:* „Я хочу, щоб сьогодні ви приготували великий колаж, який можна було б назвати „Оце я!”. З газет, які є в нашому розпорядженні, ви можете вирізати картинки та окремі слова і зробити з них своєрідні мозаїки, які характеризували б вас і дивлячись на які можна було б зрозуміти, чия саме це мозаїка. На мозаїці ви можете спробувати передати свої мрії, відобразити, що ви поважаєте, що вам подобається, чого хочете досягти в житті, у що вірите, де живете й кого любите, яке маєте хобі чи захоплення.

Поєднайте картинки і фрагменти тексту так, щоб з них чітко проступала ваша особистість у всій своїй унікальності. Будь ласка, ніде не пишьте свого імені. Коли колаж буде готовий, ми обговоримо його всією групою. У вас є дві години на те, щоб представити себе таким чином. Знайдіть у кімнаті спокійне місце для роботи й не розмовляйте один з одним. Коли закінчите роботу, повісьте колажі на стіну. Під кожним колажем повісьте чистий аркуш паперу. Після закінчення роботи та розміщення колажів розгляньте всі картини й напишіть на аркушах короткі коментарі (дві фрази) до кожного колажу. Напишіть, що вам сподобалося, які думки у вас виникли і які запитання з'явилися. Почекайте, доки всі будуть готові. Тепер об'єднайтеся в групи по чотири особи, візьміть свій колаж і коментарі інших учасників до нього. По черзі прочитайте в голос коментарі. Автор колажу повинен пояснити партнерам по підгрупі зміст різних фрагментів своєї картини й висловити власне ставлення

до коментарів, залишених іншими учасниками. Наскільки його зрозуміли? Наскільки коментарі дали можливість побачити щось нове в собі? Троє інших учасників можуть ставити запитання, щоб максимально точно зрозуміти, що хотів виразити автор. На обговорення кожного колажу відводиться 10 хвилин”.

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, які виникали під час проведення вправи. У процесі виконання цієї вправи можна робити короткі перерви.

#### ЗАНЯТТЯ 4

*Мета:* сприяння вираженню агресії.

За декілька днів дітям дається завдання познайомитися з поняттям агресія: що це таке, які форми має; провести інтерв'ю з різними дорослими (батьками, викладачами, з персоналом школи). Діти повинні подумати й розпитати дорослих, що таке злість, агресія, як дорослі з нею справляються.

#### **Вправа**

*Обладнання:* повітряні кульки, дартс, батаки (труби завдовжки 50–60 см і діаметром 5–7 см, зроблені з поролону в яскравих кольорових чохлах із тканини; ними підлітки можуть імітувати боротьбу, неначе мечами або палицями), молоток, цвяхи, товста дошка, а ще краще – дерев'яний чурбак, журнали й газети (які повинні принести підлітки), порожні пластикові пляшки, листи фанери, папір формату А1.

Для виконання вправи необхідно підготувати приміщення. Для цього робляться „станції”, де будуть розмішені різні засоби для прояву агресії. На одній „станції” розміщується на стіні дартс, трохи надуті повітряні кульки, в які потрібно влучити дротиками. На цій станції також надається можливість кидати в стіну мішечок „злість”. На наступній станції можна боротися батаками. Далі – місце, де можна забивати цвяхи різного розміру. Наступною йде станція, на якій можна гупати порожніми пластиковими пляшками об фанеру. Остання станція незвична, тут потрібно три хвилини шматувати журнали, потім три хвилини кидати в кожного „сніжками” із рваного паперу. Під кінець за дві хвилини зібрати в пакет весь папір навколо себе. Пакети потрібно підписати.

Діти під керівництвом ведучого переміщуються від станції до станції й виконують завдання, визначені для кожної зупинки. Як

правило, виконання цієї вправи відбувається дуже весело й піднімає дітям настрій.

Далі можна проводити обговорення вправи, під час якого ми дізнаємося, що цікавого діти отримали з інтерв'ю з дорослими. На завершення вправи на папері формату А1 діти малюють спільний малюнок контролю перемоги над агресією.

## ЗАНЯТТЯ 5

*Мета:* знайомство зі страхами, які має кожна людина.

### **Вправа „Страхи-боюзки”**

*Обладнання:* папір, кольорові олівці, кольорова крейда, воскові олівці, жувальні гумки, соняшникове насіння, різні цукерки, фрукти, ліхтарики.

Ведучий дає кожній дитині папір формату А4, на якому намальований мішок, і просить написати на цьому мішку свої страхи: спочатку ті, що були раніше, а потім ті, що з'явилися нині.

Потім дітей об'єднують у невеликі групи, де один зачитує свої страхи, а другий знаходить щось позитивне в них. Потім кожна дитина думає над рекламою свого страху, щоб його можна було продати.

Виводимо дітей у коридор. Ведучий готує приміщення – розставляє стільці, як перепони, використовує все, що є в кабінеті. Потім ведучий каже, що для того щоб продати свої страхи, потрібно здійснити мандрівку, і заводить дітей до кабінету, із заплущеними очима діти добираються до магазину з незвичними товарами. Ведучий повідомляє: „У цьому магазині є товари, які вже хтось залишив, ти також можеш щось залишити. За товар можна отримати гроші”.

У магазині є два відділи: в одному – страхи8боюзки, а в іншому – товар, на який їх можна виміняти. Посеред кімнати стоїть стілець, на ньому кошик, у якому різні цукерки, дрібні копійки, солодоші, фрукти, жувальні гумки, соняшникове насіння. У кошику лежать папірці з різними страхами. Підліток називає свій страх і думає, якій дитині це може знадобитися, робить рекламу свого страху, а потім продає його комусь із групи (ведучий також може щось купувати).

Після виконання вправи доцільно зробити невеличку перерву.

### **Вправа „Найстрашніше чудовисько”**

*Обладнання:* фарби, пензлики, кольорові олівці, папір різних кольорів та фактури, жатий папір для букетів, ножиці, клей, різні дрібні предмети, які можуть, на вашу думку, бути потрібні дітям, фольга, мішки з папером із заняття з агресії.

„Напевно, кожен із вас уявляє образ найстрашнішої істоти. Зараз ми спробуємо зробити найстрашнішу істоту й познайомимося з нею”.

Кожна дитина вибирає папір потрібного їй формату, бере свій мішечок із пошматованим папером і починає виготовляти „страшну істоту”. Після цього вона розповідає про створений образ. Група надає зворотний зв’язок.

## **ЗАНЯТТЯ 6**

*Мета:* актуалізація внутрішніх ресурсів і розвиток самозацікавленості.

### **Вправа „Маска тотемної тварини”**

*Обладнання:* скотч, фольга, кольоровий картон, кольоровий папір, фарби, пензлі, ножиці, клей, музичні композиції та записи звуків тварин.

Ведучий розповідає підліткам про те, що в деяких країнах було прийнято вклонятися тваринам, пояснює, що таке тотемна тварина, яку роль вона відігравала в житті давньої людини. Потім пропонує вмотитися зручніше й розслабитися під музичну композицію, уявити свою тотемну тварину і зробити з нею невеличку мандрівку. Час на мандрівку – 385 хвилин. Після цього треба створити маску своєї тотемної тварини. Коли всі закінчать роботу, кожний учасник повинен невербально представити свою тварину й виконати ритуальний танок.

*Аналіз вправи:* Які тотемні тварини були обрані в групі і чому? Якими рисами ви наділили своїх тварин? Чи є у вашої тварини риси, яких немає у вас? Що треба робити, щоб розвинути ці риси? Чи хочете ви, щоб тотемна тварина вам допомагала? Як і в яких ситуаціях?

### **Вправа „Мої переживання”**

*Мета:* усвідомлення та обговорення дітьми своїх переживань.



*Обладнання:* кольоровий картон, ножиці, клей, фарби, кольорові олівці, кольоровий папір, мушлі, різні дрібні предмети, якими можна оздоблювати.

Почати обговорювати з дітьми питання різних переживань і хвилювань, які вони мають у повсякденному житті. Це можуть бути переживання, які стосуються успішності в школі, стосунків з іншими дітьми, свого здоров'я.

Поступово ведучий підводить розмову до переживань щодо ВІЛ-позитивного статусу. Можна також обговорювати тему переживання батьків. Після такого обговорення дітям пропонується зробити скриньку. За бажанням вони можуть її прикрасити. Окремо на папірцях кожна дитина записує свої переживання (на одному папірці одне переживання). Потім папірці вкладають усередину скриньки. Дитині радять переглядати свої переживання кожного тижня і, якщо якесь із них стало вже неактуальним, просто виймати його зі скриньки.

Таким чином, дитина символічно має щось на зразок сейфа, де під її наглядом зберігаються її власні переживання. Таку скриньку дитина може тримати вдома або, якщо схоче, у приміщенні, де відбувається групова робота, довіряючи в такий спосіб зберігання її ведучому групи. За бажанням дитина може час від часу переглядати вміст скриньки.

Після виконання вправи проводиться обговорення почуттів, які виникали під час роботи.

## **ЗАНЯТТЯ 7**

*Мета:* поглиблення процесів саморозкриття, отримання позитивного зворотного зв'язку для підвищення самооцінки й актуалізації особистісних ресурсів.

### **Вправа „Ніхто не знає...”**

Учасники групи сидять у колі. Ведучий тримає в руках м'яч і каже. „Зараз ми будемо кидати м'яч один одному, і той, у кого він опиниться, має закінчити вислів: „Ніхто з вас не знає про мене, що я (чи в мене)...”. Будемо уважними і зробимо так, щоб кожний із нас взяв участь у грі. У кожного з нас м'яч може побувати багато разів”.

Під час виконання вправи учасники отримують багато цікавої інформації про інших учасників групи.

### **Вправа „Звичайне диво”**

Для цієї вправи потрібно мати звичайний камінь. Бажано, щоб він був із гострими боками й не надто приємний на дотик.

Ведучий бере камінь у долоні: „У мене в долоні камінь. Він важкий, холодний, неприємний на дотик, у нього гострі краї. Тримати його в долонях не надто приємно. Але я намагатимуся зігріти цей камінь, перш ніж передати його сусідові”. Ведучий стискає в долонях камінь і промовляє до нього: „Візьми, каменю, тепло моїх рук, жар мого серця, мою любов до людей. Передай, каменю, мої почуття другові”. І передає камінь іншому учасникові. Дитина розповідає, яким вона відчуває камінь, і передає його далі. Коли камінь повертається до ведучого, той каже: „Я тримаю у своїх долонях той самий камінь. Він такий самий важкий, у нього гострі краї, але його надзвичайно приємно тримати в руках. Він теплий, майже гарячий, наповнений енергією, адже він передає тепло наших рук, жар наших сердець, нашу любов до людей! Виявляється, наші руки можуть творити дива! Вони зігрівають навіть камінь!”.

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, що виникали під час проведення вправи.

### **Вправа „Насіння” (вправа з продовженням)**

*Мета:* на метафоричному рівні провести порівняння між висіванням насіння, доглядом за ним і прийманням антиретровірусної терапії.

*Обладнання:* горщики, насіння квітів, земля, лопатки.

Кожна дитина вибирає собі горщик і квіти, які хоче посіяти. Під час заняття діти отримують інформацію, як доглядати за рослинами (освітлення, поливання, тепло). Проводиться аналогія з прийомом антиретровірусних препаратів.

Якщо дитина виявлятиме турботу про себе (вчасно вживатиме ліки, добре їстиме, відпочиватиме), то ця турбота позитивно відобразиться на її самопочутті.

Згодом, через місяць, діти мають принести свої квіти й розповісти, як вони про них піклувалися.

У процесі виконання такого тривалого завдання в дітей формується відповідальність, з'являється розуміння взаємозалежності всього живого, його вразливості й водночас сили, значення піклування про себе та інших.

## ЗАНЯТТЯ 8

*Мета:* усвідомлення себе „тут і тепер”.

### **Вправа „Напис на футболці”**

„Колись у світі був популярним рух хіпі. Хіпі мали різноманітні традиції, звичаї, які відрізняли їх від інших людей. Однією з таких традицій було робити написи на своєму одязі, які часто відображали життєву позицію, девіз його власника.

Зараз ми будемо кидати м'яч один одному зі словами: „Якби ти був хіпі, то на твоїй футболці було б написано...”.

Той, кому кинули м'яч, повинен сказати, чи згоден він носити таку футболку, чи ні. Уважно стежимо, щоб кожний отримав футболку з написом. Потім проводиться обговорення.

### **Вправа „Життя і час”**

*Мета:* допомогти підліткам зрозуміти значення вимог теперішнього моменту їхнього життя.

*Обладнання:* робочий аркуш „Життя і час”, папір, олівці.

*Інструкція:* „Я хочу запропонувати вам вправу, яка символічно допоможе прояснити, де ви нині перебуваєте у вашому житті. Зараз вам потрібно заповнити робочий аркуш. На це вам дається 15 хвилин. Об'єднайтеся в групи по чотири особи й поділіться своїми враженнями. На обговорення є 20 хвилин. Тепер повертайтеся в коло, щоб ми разом могли обговорити цю вправу. Хто-небудь хоче прочитати свої відповіді вголос?”

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, які виникли під час виконання вправи.

*Робочий аркуш*

Ведучий: „Уявіть собі, що все ваше життя – це дванадцять годин. Спробуйте відповісти на запитання: котра тепер година у вашому житті? Подумайте декілька хвилин над цим запитанням, а потім намалюйте циферблат годинника вашого життя з великою і маленькою стрілками у відповідних місцях. Опишіть кількома реченнями на іншому аркуші, що цей час для вас означає, як виглядає ваше життя на цьому часовому проміжку.

Тепер, будь-ласка, завершіть такі речення:

Уже занадто пізно для того, щоб \_\_\_\_\_

Ще надто рано для того, щоб \_\_\_\_\_

Це слушний час для того, щоб \_\_\_\_\_

Мені потрібен час для того, щоб \_\_\_\_\_  
О \_\_\_\_\_ годині я очікую, що \_\_\_\_\_  
Будильник стоїть на \_\_\_\_\_ годині. Це означає \_\_\_\_\_

## ЗАНЯТТЯ 9

*Мета:* усвідомлення рис свого характеру.

### **Вправа „Автопортрет”**

*Перший крок:* учасники отримують завдання намалювати свій автопортрет в символічному зображенні, яке відповідає його емоційному стану (відображає настрій дитини на момент малювання). Автопортрети віддаються ведучому (учасники не повинні показувати їх один одному). Після того, як діти віддали автопортрети ведучому, він просить об'єднатися учасників в пари (за власним бажанням діти обирають пару).

*Другий крок:* Після ведучий просить учасників намалювати портрет своєї пари і кожен з дітей намагається намалювати свого партнера. Діти не повинні бачити малюнки один одного. В кінці всі віддають малюнки ведучому.

Малюнки у змішаній послідовності (автопортрети і портрети) вивішуються на стіни, бажано в іншій кімнаті для ефекту раптовості. Нарешті всю виставку малюнків показують учасникам. Пропонується знайти автопортрет і портрет себе.

Коли діти віднайшли два свої зображення, необхідно провести обговорення: на скільки вони схожі, на скільки відповідає портрет іншого автора емоційному стану зображеної дитини. Після закінчення вправи ведучий пояснює, що вас можуть сприймати по різному і зовнішність не завжди відображає реальний внутрішній стан людини.

### **Вправа „Коштовні риси”**

Учасникам пропонується скласти перелік із п'яти рис, які їм у собі подобаються. Якщо завдання видається складним для групи, можна попросити учасників називати сильні риси характеру, наприклад: кмітливий, чесний, надійний, веселий, спокійний, вірний, оптиміст, тактовний, креативний, ввічливий тощо. Коли переліки складені, учасники вибирають собі по п'ять намистинок, які символізуватимуть сильні риси характеру. Кожний учасник робить собі намисто з вибраних намистинок. У цій вправі застосовано феномен „самоздійснюваного пророцтва”.

Потім пропонується гра „Магазин цінностей”.

*Мета гри* – допомогти учасникам усвідомити власні цінності, побудувати їх ієрархію, зрозуміти, що різні люди можуть мати різні цінності. Головним, але не завжди досяжним, результатом гри є розуміння того, що, обираючи свою систему цінностей та відповідаючи їй, людина реалізує свою свободу.

„Уявіть собі, що ми вирушаємо в подорож. Ми йдемо довго, перетинаємо швидкі ріки, піднімаємось в гори, ледве проходимо по краю прірви. Дорогою трапляються погодні негаразди. Нарешті ми виходимо на сонячний бік гори і бачимо стежку, біля неї – маленьку хатинку, а на ній вивіску „Магазин цінностей””.

І от група всередині. Ведучий оголошує себе продавцем-консультантом і пропонує купувати риси характеру, але не за гроші. У процесі діалогу потрібно залучати учасників як консультантів. При цьому необхідно зазначити, що слід враховувати особистість „покупця”. Ту саму „впевненість у собі” одному учасникові можна віддати без „викупу”, а лише за умови пам’ятати про неї. Ведучий також може бути покупцем і поцікавитися, за скільки продадуть розуміння групи чи зворотний зв’язок.

Результатом гри може стати прийняття себе учасниками групи, розуміння того, що недоліки людини часто є продовженням її переваг.

## **ЗАНЯТТЯ 10**

Обговорення впровадження нового досвіду після попереднього заняття.

*Мета:* поглиблення процесів саморозуміння та саморозкриття.

### **Вправа „Броунівський рух”**

„Уявімо, що всі ми – атоми. Ми постійно рухаємося й час від часу об’єднуємося в молекули. Число атомів у молекулах різне й визначатиметься тією цифрою, яку я назву. Коли я називаю цифру, вам потрібно об’єднатися в молекулу”. Наприкінці треба назвати число, яке відповідає кількості учасників у групі. Потім запитати, як себе почувають учасники тренінгу.

### **Вправа „Хто Я?” (методика М. Куна)**

Кожний учасник пише 10 визначень, які дають відповідь на запитання „Хто Я?”. Після цього проводиться робота з отриманими відповідями. Робота можлива в кількох напрямках:

- анонімно: листи з відповідями бере ведучий, перемішує їх, потім зачитує, а учасники відгадують цю людину в групі;
- особисто: кожний учасник розповідає про себе.

*Аналіз вправи:* Обговорення почуттів, які виникали під час проведення вправи.

### **Вправа „Світлі надії, темні побоювання”**

Учасники групи працюють самостійно, записуючи на аркушах свої бажання, мрії та побоювання. Коли більшість учасників виконає завдання, кожен обирає собі пару й разом із нею обговорює свої записи. Потім усі повертаються до великого кола, і кожен підліток розповідає всім про роботу свого партнера.

Група надає зворотний зв'язок на цю вправу.

## **ЗАНЯТТЯ 11**

*Мета:* сприяння усвідомленню підлітками своєї відповідальності.

### **Вправа „На розігрів”**

Ведучий: „Зараз ми будемо кидати один одному м'яч і називати який-небудь стан чи почуття, а той, хто упіймає м'яч, називатиме протилежний стан чи почуття. Намагайтеся, щоб усі отримали м'яч”.

*Мета:* дати підліткам можливість зрозуміти, за що у своєму житті вони несуть відповідальність.

### **Вправа „Відповідальність”**

*Обладнання:* олівці та папір.

*Інструкція:* „Зараз вам пропонується вправа, яка дасть можливість подумати про свою відповідальність. Виберіть собі партнера, з яким ви хочете познайомитися ближче. Знайдіть у кімнаті зручне місце й визначте, хто з вас буде молодшим, а хто старшим, станьте один навпроти одного. Молодший повинен постійно відповідати на одне і те саме запитання, яке йому задає старший: „За що ти несеш відповідальність у своєму житті?”. Старший не повинен коментувати відповіді і ставити інших запитань, може лише дякувати після відповідей молодшого, а головне – уважно запам'ятовувати їх. Через 15 хвилин потрібно помінятися ролями. Після цього потрібно поділитися один з одним своїми враженнями та обговорити їх”.

Обговорення триває у великому колі.

*Аналіз вправи:* Як на мою відповідальність уплинули мої батьки? Чи хочу я взяти на себе більшу відповідальність? Що мене лякає? Які відкриття я зробив для себе під час виконання вправи?

### **Вправа „Сила мови”**

Учасники об'єднуються в пари й говорять один одному три вислови, які мають починатися зі слів „Я повинен”. На вислови один одного реагувати не слід. Потім учасники знову говорять ці самі вислови, але „Я повинен” замінюють на „Я хочу”. Далі – три речення з „Я не можу”, які замінюються на „Я не хочу”, і три речення з „Я боюся”, котрі замінюються на „Я хотів би”.

Після вправи проводиться обговорення. Вирази „Я повинен”, „Я не можу”, „Я боюся” заперечують нашу здатність брати на себе відповідальність.

Ось перелік слів, яких слід уникати: неможливо, не можу, пробувати, обмеження, якщо тільки, важко, повинен, сумніви тощо.

## **ЗАНЯТТЯ 12**

*Мета:* формування орієнтації на те, щоб „віддавати” у стосунках з оточенням.

### **Вправа на „розігрів”**

„Уявімо, що це апельсин (ведучий тримає в руках м'яч). Зараз ми будемо його кидати один одному, називаючи якусь ознаку апельсина. Будьмо уважними, не повторюймо вже названих ознак і намагаймося, щоб усі взяли участь у вправі”.

### **Вправа „Обмін”**

*Мета:* звернути увагу підлітків на дружбу та любов, які посідають важливе місце в міжособистісних стосунках. Вони базуються на інтенсивному обміні почуттями, думками, коли кожен із партнерів щось віддає і щось отримує. Які труднощі можуть очікувати в разі нерівнозначного обміну. В цій вправі підлітки можуть прийти до усвідомлення, що їм властиво більше: віддавати чи брати.

*Обладнання:* папір та олівці. Учасники повинні принести для цієї вправи п'ять особистих предметів і бути готовими розлучитися з ними, маючи водночас можливість отримати щось навзаєм.

Ведучий: „Ця вправа символізує те, що відбувається в реальному житті, а саме – у взаєминах з іншими людьми. Ми постійно щось віддаємо чи отримуємо. Сьогодні кожен з вас приніс п'ять предметів, котрі мають для нього певне значення. Нагадую, що після завершення вправи ці речі вже ніколи не будуть вам належати. Але з пустими руками ви не підете, ви отримаєте щось навзамін. На підлозі біля свого місця покладіть білий папір і на нього п'ять ваших предметів, аркуш підпишіть, а також зазначте, що саме ви принесли. Під час виконання вправи не можна розмовляти або користуватися жестами. У вас є можливість ходити по кімнаті та обмінюватися принесеними речами з іншими учасниками. Ви можете робити це й не отримавши від них згоди. Роздивіться речі інших учасників і вирішіть для себе, що вам подобається і що ви готові віддати взамін. Як тільки ви здійснили обмін, кладіть отриманий предмет на ваше місце.

Якщо трапиться так, що вибраний вами предмет зацікавить іншого учасника, то ви маєте змогу знову вимінити цей предмет у нового власника. Важливо, що в кожний конкретний момент ви повинні мати при собі тільки один предмет, чотири інші постійно залишаються на місці. На здійснення обмінів ви маєте 30 хвилин.

Роздивіться свою колекцію. Чи задоволені ви? Чи виявився обмін рівнозначним? Чи подобається вам новий набір предметів? Чи вдалося отримати те, чого прагнули? Наскільки наполегливі ви були? Чи легко ви розлучалися зі своїми предметами? Що ви думаєте про предмети, які принесли інші учасники? Речі, які зараз перебувають у вас, ви отримали самі чи вам їх дали інші учасники? Опишіть ваші враження і почуття від вправи?”.

*Аналіз вправи в загальному колі:* У міжособистісних стосунках я схильний брати чи віддавати? Який вплив має моя родина на здатність брати і віддавати? Чи достатньо я отримую любові і дружби? Чи достатньо я проявляю любові та дружби? Наскільки відповідає моя поведінка в цій вправі реальній поведінці в житті? Які відкриття про себе я зробив?

### **ЗАНЯТТЯ 13**

*Мета:* сприяння згуртованості та повазі до особистих меж кожного.



### **Вправа „Чарівні кола”**

*Обладнання:* рулон старих шпалер, фарби, пензлі, кольорові олівці, воскові олівці.

Рулон шпалер зворотним боком розгортається на столах, які стоять в один ряд.

*Інструкція:* Ведучий розповідає підліткам про традицію тибетських монахів викладати з кольорового піску на землі мандалу (чарівне коло), яке гармонізує внутрішній стан, і повідомляє: „Сьогодні і ми робитимемо це за допомогою різних засобів”.

Кожному учасникові пропонується зайняти зручне місце за столом.

Намалюйте коло такого розміру, як вам хочеться. Подивіться на своє коло і заповніть його середину. Тепер намалюйте ще два кола й також заповніть середину. Вправа виконується мовчки. Коли ви заповнили свої кола, можете подивитися на кола інших учасників. Якщо у вас виникає бажання доповнити картину в колі іншого учасника, спитайте на це дозволу у власника кола. Ви можете провести доріжку від свого кола до кола іншого учасника; якщо ваша доріжка проходить через чиєсь коло, запитайте дозволу пройти. Потім ви можете писати побажання під колами інших учасників і читати, що пишуть під вашими колами. Наприкінці вправи всі ходять довкола столу і роздивляються виконану роботу.

Ведучому треба уважно стежити, щоб доріжки вели до всіх дітей і підписи також були у кожного.

Ця вправа дає можливість побачити зв'язки, які вже встановилися між дітьми.

Надалі проводиться обговорення вправи й дається зворотний зв'язок кожному учасникові.

## **ЗАНЯТТЯ 14**

### **Остання зустріч**

*Мета:* завершення роботи групи.

Кімната оформлюється незвично. На стінах розміщені індивідуальні й колективні роботи учасників за весь період функціонування групи, довкола атрибути, які використовувалися на минулих заняттях. Посеред кімнати лежить яскраве покривало, на якому викладені фотографії різних вправ, які виконували підлітки, моменти життя групи.

Потрібно, щоб діти разом зайшли до кімнати, мали змогу походити вільно по кімнаті, переживаючи різні почуття від робіт, від зустрічі зі своїм минулим.

Дайте можливість підліткам обмінятися своїми враженнями. Діти сідають у велике коло і спільно розглядають фотографії на покривалі, згадуючи різні моменти життя групи. Діти діляться враженнями. Ведучий дарує кожному підлітку альбом з фотографіями.

Обговорюється почуття розлуки.

### **Вправа „Листи”**

Учасники групи пишуть позитивні побажання іншим учасникам групи. У кожного є конверт, підписаний його іменем. Конверти передаються по колу, і учасники кладуть свої листи до конвертів з відповідними іменами. Конверти передаються адресатам, і всі читають листи. Потім відбувається обговорення почуттів.

Після цього ведучий пропонує трішки помріяти, а можливо, пригадати те, про що мріялося колись, але досі не здійснилося. Підлітки записують мрії та бажання на листочках, які складають у торбинку. Ведучий дістає з торбинки записку з бажанням і за допомогою інших учасників пробує його виконати. Можна застосовувати всі предмети, які є під руками.

Так символічно здійснюються всі бажання. Діти допомагають, шукаючи неординарні рішення, щоб зробити один одному приємно.

Потім діти продовжують спілкування за солодким столом. Можна включити музику. На останню зустріч діти можуть також принести свої улюблені страви.

На цій ноті й завершується робота групи.

## **ТРЕНІНГ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДу**

**Мета:** Інформування учасників про проблему ВІЛ/СНІДу, надання знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та способи запобігання зараженню, формування навичок безпечної поведінки та толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей.

### **Вправа „Асоціації”**

Учасникам пропонується на аркуші паперу зобразити свої асоціації, пов'язані зі словами ВІЛ і СНІД (у вигляді малюнків, окремих образів, фраз тощо). Кожен має можливість представити свою роботу. Групове обговорення результатів вправи.

### **Вправа „Спірні твердження”**

Ведучий по порядку зачитує спірні твердження, що стосуються проблеми ВІЛ/СНІДу. Учасники висловлюють свою думку з приводу прочитаних тверджень.

Спірні твердження:

- Проблема поширення ВІЛ-інфекції стосується тільки наркоманів, повій і гомосексуалістів.
- Примусове обстеження на ВІЛ – єдиний спосіб стримати поширення інфекції.
- Сексуальне виховання має пропагувати безпечний секс.
- Презервативи повинні бути доступні всім незалежно від віку.
- Щоб попередити поширення ВІЛ/СНІДу, необхідно заборонити проституцію.
- Необхідно ввести примусове обстеження на ВІЛ.
- ВІЛ-інфікована жінка не повинна народжувати дітей.
- Лікар, у якого виявлений ВІЛ, має бути відсторонений від роботи.
- Усі ВІЛ-інфіковані повинні бути ізольовані.
- ВІЛ-інфекція – це покарання за гомосексуалізм, наркоманію, сексуальну розбещеність.
- Нелогічно, що ВІЛ-інфікованих звільняють від служби в армії, але покарання у вигляді позбавлення волі до них застосовується.

- Держава повинна накласти заборону на шлюб для ВІЛ-інфікованих громадян.
- „Проблема СНІДу” роздувається журналістами, а насправді вона стосується невеликої і не найкращої частини суспільства.
- ВІЛ-інфіковані діти не повинні відвідувати спортивні секції.
- СНІД – це один із способів природного відбору, а саме, можливість поліпшити генофонд людства.
- Це несправедливо, що на пенсії людям похилого віку у держави грошей не вистачає, а величезні суми на лікування ВІЛ-інфікованих знаходяться.

Обговорення:

1. Які почуття виникли у Вас, коли Ви розмірковували над цими питаннями?
2. Чи легко було висловлювати свою точку зору перед усіма учасниками, особливо, коли Ви опинилися в меншості.
3. Чи легко було змінити свою точку зору?

### **Вправа „Бінго”**

Учням пропонується заповнити таблицю, у якій наведені питання щодо проблеми ВІЛ/СНІДу. Завдання кожного полягає в тому, щоб серед усіх учасників тренінгу знайти людей, які зможуть дати правильні відповіді. При цьому одна людина може відповісти кожному партнеру лише на 2 питання. Під текстом усіх питань потрібно писати імена людей, які на них відповіли. Той, чия таблиця буде заповнена першою, голосно вигукує „Бінго” і стає переможцем конкурсу.

Після цього у групі відбувається обговорення відповідей на кожне з питань, встановлюється достовірність отриманих результатів, з’ясовується рівень поінформованості учнів з проблеми.

Таблиця для учасників вправи „Бінго”:

<p>1. Знайдіть того, хто знає, що таке ВІЛ і що таке СНІД.</p> <p>Ім’я _____</p>	<p>2. Знайдіть того, хто знає, як визначити ВІЛ-інфікована людина чи ні.</p> <p>Ім’я _____</p>	<p>3. Чи правда, що людина може бути ВІЛ-інфікованою і не знати про це?</p> <p>Ім’я _____</p>
--	--	---

4. Чи правда, що можна пройти тест на ВІЛ одразу після зараження? Ім'я _____	5. Знайдіть того, хто знає, що таке період „вікна”. Ім'я _____	6. Знайдіть того, хто зможе намалювати ВІЛ. Ім'я _____
7. Знайдіть того, хто знає усі можливі шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Ім'я _____	8. Комплекс заходів для попередження негативних наслідків чогось – це... Ім'я _____	9. Знайдіть того, хто знає 5 способів контрацепції. Ім'я _____
10. Знайдіть того, хто знає самий надійний спосіб контрацепції. Ім'я _____	11. У чому полягає різниця між стигматизацією та дискримінацією? Ім'я _____	12. Чи правда, що будь-яку людину можна стигматизувати? Ім'я _____

### **Інформаційний блок**

Підсумовуючи результати попередніх вправ, тренер надає учасникам більш детальну інформацію про історію походження хвороби, статистику щодо кількості ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей у сучасному суспільстві, можливі шляхи передачі та способи запобігання зараження ВІЛ-інфекцією.

### **Перегляд відеофільму про ВІЛ/СНІД**

#### **Вправа „Лінія ризику”**

На підлозі малюється лінія – „лінія ризику”. На одному її боці розміщується картка з написом „високий ризик”, на іншому – „ризик відсутній”, ближче до середини лінії – картка „невеликий ризик”. Кожному учаснику дається картка з ситуацією контакту з ВІЛ-інфікованою людиною: поцілунок у щоку; ін'єкція в медичному закладі; оральний секс; статеве життя у шлюбі; переливання крові; користування чужою зубною щіткою; плавання в басейні; статевий акт з наркоманом; глибокий поцілунок; догляд за хворим на СНІД; укуси комара; випадкові статеві зв'язки; проколювання вуха; проживання в одній кімнаті з хворим на СНІД; нанесення татуювання; обійми з хворим на СНІД; користування громадським туалетом.

Кожен учасник по черзі читає напис на своїй картці і кладе її на ту частину „лінії ризику”, яка, на його думку, найбільш вірно показує ступінь ризику зараження ВІЛ у даній ситуації. Обговорюються отримані результати, виправляються можливі помилки.

### **Вправа „Правильно-неправильно”**

Група поділяється на дві команди, кожна з яких отримує картку з висловами. Учасникам команд потрібно висловити свою думку щодо кожного з питань.

Вислови для першої команди:

1. ВІЛ передається через рукоштовпання, обійми.
2. ВІЛ не передається через постільну білизну, предмети особистої гігієни.
3. Можна заразитися ВІЛ під час поцілунку.
4. ВІЛ – це вірус, що викликає СНІД
5. Можна заразитися ВІЛ при переливанні неперевіреної крові.
6. ВІЛ передається через гроші, книги.

Вислови для другої команди:

1. Можна заразитися ВІЛ при повторному використанні голот і шприців для ін’єкцій.
2. ВІЛ передається через укуси комах.
3. Людина-носії ВІЛ не може заразити свого статевого партнера.
4. Ступінь зараження ВІЛ знижується при використанні презервативів під час статевого контакту.
5. СНІД – простудне захворювання.
6. ВІЛ-інфекцію не можна одержати при нанесенні татування, пірсингу.

Обговорення суперечливих питань.

### **„Мозковий штурм”**

Обговорюється питання: „Як необхідно поводитися, щоб захистити себе від ВІЛ/СНІДу?”.

### **Вправа „Моє ставлення до віл-інфікованої людини”**

Тренер пропонує відійти ліворуч тим, хто перестане будь-як контактувати із хворим на СНІД другом, а праворуч – хто

продовжуватиме спілкуватися з ним. Звернути увагу на тих, хто сумнівається і залишився стояти по центру.

Обговорюються життєві позиції кожного, увага акцентується на необхідності формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих людей.

### **Рольова гра.**

Група поділяється на дві команди, кожна з яких отримує завдання:

1. Обіграти ситуацію: „Ви дізналися, що один із членів вашої родини ВІЛ-інфікований”.
2. Обіграти ситуацію: „Ви дізналися, що один із ваших однокласників ВІЛ-інфікований”.

Обговорити відчуття кожного учасника, ступінь труднощів виконання завдання.

### **Вправа „Життя з ВІЛ”**

Ведучий роздає учасникам по 12 невеликих листків паперу і пропонує написати: на 4 листках – назви улюблених страв, на 4-х – назви улюблених занять, на 4-х – імена близьких людей. Коли всі учасники виконали завдання, ведучий говорить, що таке небезпечне захворювання як СНІД вимагає від людини великих жертв, і просить вибрати і віддати по 1 улюбленій страві, заняттю, близькій людині. Далі захворювання вимагає нових жертв, і учасники віддають ще по 3 листочки.

Після цього ведучий сам проходить по колу і забирає, не дивлячись, по 1 листку у кожного учасника – це можливий варіант того, що хвороба може зробити з життям будь-якої людини.

Обговорюються почуття учасників під час гри, ступінь труднощів виконання завдання, визначаються ситуації ризику зараження ВІЛ і способи його запобігання.

### **Підведення підсумків**

Заключне слово ведучого. Роздача учасникам інформаційного матеріалу, необхідного для проведення профілактичної роботи з молоддю.

## РОЛЬОВА ГРА „ЯК ВЛАШТУВАТИСЯ НА РОБОТУ”

Для кращого розуміння проблем і потреб потерпілих від торгівлі людьми, пошуку етичних рішень та формування вмінь та навичок самостійно долати труднощі доцільно запропонувати соціальним працівникам і потерпілим від торгівлі людьми рольову гру „Як влаштуватися на роботу”.

*Час проведення:* 2 години.

*Необхідні матеріали:* маркери, папір А4, фліп-чарт.

*План*

1. Вступне слово тренера, пояснення (5 хв.).
2. Розподіл ролей (5 хв.).
3. Проведення гри (1 год. 10 хв.).
4. Обговорення (30 хв.).
5. Аналіз та висновки (10 хв.).

### ***Вступне слово тренера:***

Сьогодні ми з вами будемо грати у гру, яка наливається „Як влаштуватися на роботу”. Це досить типова життєва ситуація, з якою майже всі ми стикались. Складність сьогоденної гри полягає в тому, що на роботу буде влаштовуватись людина, потерпіла від торгівлі людьми (у неї немає паспорту, ідентифікаційного коду, фотографій, медичної книжки, трудової книжки). Мета нашої гри – краще зрозуміти проблеми та потреби людей, потерпілих від торгівлі людьми, а також навчитися самостійно приймати рішення.

В нашій грі є наступні ролі:

1. Особа, потерпіла від торгівлі людьми.
2. Соціальний працівник.
3. Представник служби зайнятості.
4. Працедавець.
5. Представник паспортного столу.
6. Працівник фотоательє.
7. Працівник поліклініки.
8. Директор соціальної служби.
9. Представник податкової служби.
10. Представник ощадного банку.
11. Спостерігачі (2-5 осіб).

Будь ласка, зробіть вибір, хто ким хоче бути. Зараз я роздам вам листочки з ролями і ви зможете протягом 5 хвилин



ознайомитись, що потрібно буде робити кожному учаснику. Після цього ви зможете задати мені питання.

Коли всі робочі моменти з'ясовані, тренер дає команду почати гру.

### **Роль № 1: Особа, потерпіла від торгівлі людьми**

Особа (X), яка потерпіла від торгівлі людьми, пройшла курс реабілітації і хоче влаштуватися на роботу. Вона консультується з цього приводу із соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід (за бажанням клієнта), і соціальний працівник радить стати на облік до центру зайнятості. У X немає паспорту, ідентифікаційного коду, фотографій, медичної книжки, трудової книжки. У X і реєстрація за місцем проживання, диплом про освіту. X хоче працювати помічником повара.

X проходить співбесіду і збирає документи для зарахування на роботу.

### **Роль № 2: Соціальний працівник**

Соціальний працівник є державним службовцем. Він здійснює соціальний супровід (за бажанням клієнта) до різних установ. Звертає увагу на настрій, самопочуття та бажання клієнта. Допомогає клієнту дізнатися певну інформацію, прийняти правильне рішення, вирішити фінансові питання (оплата фотографій, штрафів тощо – це можуть бути кошти потерпілої людини, кошти з проекту соціальної служби і т.п.).

### **Роль № 3: Представник служби зайнятості**

Представник Центру зайнятості інформує особу X про наявність пропозицій щодо робочих місць, надає контакти працедавця.

Для постановки на облік у центр зайнятості необхідні наступні документи:

1. Паспорт.
2. Трудову книжку.
3. Диплом.
4. Ідентифікаційний код.

#### **Роль № 4: Працедавець**

Працедавець проводить бесіду з особою Х. Запитання у співбесіді: освіта, стаж роботи, особисті якості, чому саме ця робота і т.ін.

Особа Х проходить співбесіду, працедавець повідомляє, щоб вона зателефонувала через 2 дні, дізналась результати співбесіди.

Після цього особі Х повідомляється, що вона прийнята на роботу і їй необхідно через 7 днів подати наступні документи:

1. Паспорт.
2. Трудову книжку.
3. Медичну книжку.
4. Фотографії (2 шт.).
5. Документ про освіту.
6. Ідентифікаційний код.
7. Реєстрацію за місцем проживання.

#### **Роль № 5: Представник паспортного столу**

Представник паспортного столу інформує особу Х, що для отримання паспорту необхідно написати заяву про втрату паспорту, заплатити штраф у сумі 60.00 грн. до ощадного банку, надати 2 фотокартки. Представник паспортного столу має видати довідку про втрату паспорту. Паспорт можна отримати через 7 днів.

Режим роботи паспортного столу:

Понеділок: 10.00-13.00.

Середа: 14.00-16.00.

П'ятниця: 10.00-13.00.

#### **Роль № 6: Працівник фотоательє**

Представник фотоательє робить фотографії, інформує особу Х, що фотоательє працює: понеділок-п'ятниця з 9.00 до 18.00, вартість 4 фотографій – 10.00 грн. (звичайне фото), 20.00 грн. (термінове фото).

#### **Роль № 7: Працівник поліклініки**

Для отримання особою Х (необхідний паспорт) медичної книжки дільничний терапевт дає направлення на аналізи та проходження спеціалістів, після чого результати заносяться в медичну книжку і завідуючий поліклінікою ставить підпис і печатку.

Для гри можна прийняти, що людина просто приходить на прийом до терапевта і отримує медичну книжку.

**Роль № 8: Директор соціальної служби**

Директор соціальної служби є державним службовцем. Він контролює роботу соціального працівника, допомагає йому у вирішенні питань, що стосуються соціального супроводу особи X.

**Роль №9: Представник податкової служби**

Представник податкової служби інформує особу X, що податкова служба працює понеділок-п'ятниця з 9.00 до 18.00. Для отримання ідентифікаційного коду необхідно подати паспорт і заповнити заяву. Результат можна отримати через 2-3 дні.

**Роль № 10: Представник ощадного банку**

Представник ощадного банку приймає платежі на оплату фотографій, штрафів тощо. Ощадний банк працює кожного дня крім неділі з 9.00 до 19.00, перерва з 13.00 до 14 .00.

**Роль № 11: Спостерігачі**

Спостерігачі – це учасники, які відслідковують хід гри, відмічають, що сподобалось, що можна було змінити, фіксують інформацію на папері, не втручаються у хід гри.

**Приблизний план розвитку гри:**

1. Особа X пройшла курс реабілітації і приймає рішення влаштуватись на роботу. З цим питанням вона звертається до соціального працівника.
2. Соціальний працівник радить стати на облік до центру зайнятості.
3. Особа X починає збирати документи, соціальний працівник допомагає у цьому.
4. Перше, що необхідно зробити, це звернутись до паспортного столу, написати заяву про видачу іншого паспорту, сплатити штраф, надати фотокартки.
5. Після отримання паспорту отримати ідей ідентифікаційний код у податковій.
6. Подати документи для постановки на облік до центру зайнятості.

7. Після співбесіди з працедавцем, оформити медичну книжку, подати всі необхідні документи за новим місцем роботи.

Наприкінці гри необхідно, щоб кожний учасник психологічно звільнився від тієї ролі, яку виконував. (Наприклад, „Я не працівник ощадного банку, а ...”).

Після закінчення гри всі учасники сідають в коло. Першим ділиться враженнями, відчуттями особа Х, потім соціальний працівник, усі інші учасники гри. Останніми говорять про свої враження спостерігачі. Під час обговорення важливо почути думку кожного. Питання, які обговорюються: що відчували, чи почувалися зручно, що було важко, що було легко.

Тренер аналізує почуту інформацію, порівнює ігрову ситуацію з тим, як це може відбуватися в реальному житті, в яких ситуаціях необхідно підтримувати клієнта, допомагати йому, а в яких давати можливість самостійно прийняти рішення.

## **ТРЕНІНГОВИЙ КУРС ДЛЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ „ПРАВА І ОБОВ’ЯЗКИ ЛЮДИНИ В СУСПІЛЬСТВІ”**

### **План курсу**

1. Права і обов’язки дитини, батьків, опікунів.
2. Явище трудової міграції. Переваги і недоліки.
3. Основні порушення прав дитини.
4. Можливості різних організацій у наданні допомоги та підтримки дітям.
5. Відповідальність дітей за власне життя. Правила безпечної поведінки.

### **ТЕМА 1. ПРАВА ТА ОБОВ’ЯЗКИ ДИТИНИ, БАТЬКІВ, ОПІКУНІВ**

**Мета:** надання інформації про основні права та обов’язки людини в суспільстві та відповідні документи; формування поваги до прав людини та відповідального ставлення до своїх обов’язків, навичок командної роботи; розвиток навичок аналізу та творчих здібностей.

#### **1. Вступне слово тренера**

Усі ми прагнемо досягти щастя в житті. І хоча кожен з нас розуміє його по-своєму, все ж таки можна спробувати описати щасливу людину. Перш за все, це людина, яка має можливість задовольняти свої потреби – їжа, одяг, житло, сім’я, захоплення, вільне та цікаве спілкування, успішна робота, здійснення мрій тощо. Щаслива дитина, крім того, має можливість гратися та насолоджуватися опікою батьків або людей, котрі їх замінюють.

Можливість задовольняти свої потреби дають людині права, гарантовані нам міжнародними та національними законодавчими актами. Таким чином, права необхідні людині для того, щоб бути щасливою.

#### **Ознаки прав людини**

1. Природні права. Людина має права від народження. Їх не можна купити, заробити чи успадкувати.
2. Універсальні права. Права людини є однаковими для всіх людей, незалежно від раси, статі, віросповідання, національності, соціального статусу. Всі ми народжені вільними і рівними в гідності та правах. Це також означає, що чоловіки та жінки, хлопчики та дівчатка мають однакові права.

3. Невід’ємні права. Права людини не можна відібрати. Люди наділені ними навіть тоді, коли закони країн не визнають їх. Коли в країні панує рабство, раби все одно мають права, хоч ті й порушуються.

4. Неподільні. Усі люди наділені сукупністю прав для гідного життя – громадянських, соціальних, політичних, економічних, культурних.

Основні права і свободи людини на міжнародному рівні зазначені в Загальній декларації прав людини, на національному рівні – в Конституції України (1996 р.).

#### **Громадянські права і свободи громадян України:**

<b>Громадянські права і свободи</b>	<b>Конституція України (статті)</b>	<b>Загальна декларація прав людини (статті)</b>
Право на життя, свободу, особисту недоторканність	27,29	3,9,10
Право на гуманне і гідне людини стосовно неї поводження	28	5
Рівність усіх перед законом	24	2
Право на відновлення в правах, на судовий захист	55, 56, 59, 63	7, 8
Право на об’єктивний розгляд судом справи стосовно людини, звинуваченої у здійсненні злочину	55, 56	7, 8
Право на визнання вини людини тільки за рішенням суду	62	11
Право на особисте й сімейне життя	32	12
Недоторканність життя, таємниця кореспонденції, заборона посягання на честь і репутацію	30, 31	12
Право на вільне пересування і вибір місця проживання, виїзд з території України і повернення	33	14
Право шукати притулок і користуватися притулком	26	13, 14
Право на громадянство	25	151
Право на укладання шлюбу і	51	16

створення сім'ї		
Право на власність	51	17
Свобода думки, совісті, релігії	34, 35	18, 19

Усі права важливі та необхідні. Але прошу звернути увагу на право на вільне пересування й вибір місця проживання, виїзд з території України й повернення. Подумайте, як ви його розумієте. На наступному занятті ми присвятимо час для його розгляду.

Однак просто мати права недостатньо, необхідно знати свої права.

## **2. Мозковий штурм „Навіщо людині знати свої права?“**

Варіанти можливих відповідей:

- для уникнення ситуацій їх порушення;
- для можливості захисту;
- для відновлення порушених прав;
- для поваги прав інших людей, котрі мене оточують;
- для того, щоб мати високий рівень правової культури.

## **3. Міні-лекція „Права дитини“**

Може бути представлена тренером або учасником тренінгу, який попередньо отримав таке завдання. Рекомендується також запросити для цього експерта (представника державної структури чи неурядової організації).

З часом людство збагнуло необхідність виділення окремо прав дитини, оскільки діти становлять особливу групу. Ця особливість проявляється, перш за все, у тому, що діти мають специфічні потреби, зокрема потребу опіки батьків або осіб, що їх замінюють, потребу в іграх. Ці особливості призвели до необхідності створення механізму захисту саме дітей. Дитина – особа віком до 18 років.

У 1989 році Генеральна Асамблея ООН прийняла **Конвенцію про права дитини**. Конвенція базується на новому розумінні становища дітей у суспільстві не як майбутніх дорослих, а як рівноправних учасників суспільного життя, звичайно, з урахуванням того, що „дитина потребує спеціальної охорони та піклування...”.

Серед прав дитини, проголошених Конвенцією, є права громадянські (на життя і розвиток, на отримання громадянства, свободу від фізичного і психічного насильства та ін.), соціальні (на охорону здоров'я, на відпочинок та ін.), культурні (наприклад, право на освіту). Старшим дітям Конвенція надає і політичні права (наприклад, право на об'єднання). Натомість у Конвенції майже

відсутні економічні, трудові права дитини, бо пріоритетом визначено освіту – дитина повинна вчитись, а не працювати.

**Конвенція ООН про права дитини:**

Назва виду прав	Приклади
Громадянські права	Право на ім'я та національність Право на самобутність Право на життя Право на захист від фізичного насильства Право на приватне життя
Політичні права	Свобода думки Свобода висловлювання Свобода зібрань, переконань та віросповідання, вільний доступ до інформації
Економічні права	Захист від експлуатації
Соціальні права	Право на освіту Право на охорону здоров'я Право на соціальне забезпечення
Культурні права	Відпочинок, дозвілля, участь в культурному та мистецькому житті
Специфічні права	Не розлучатися з батьками Право на гру Особливі потреби

Національне законодавство щодо захисту прав дітей:

- Конституція України 1996 р.
- Закон України „Про охорону дитинства” 2001 р.
- Закон України „Про освіту” 1991 р.
- Кримінальний Кодекс України 2001 р.
- Сімейний Кодекс України 2002 р.
- Кодекс Законів про працю України 1971 р.

Не можна говорити про права, забуваючи про обов'язки. Якщо в людини є право – це значить, що в неї є і обов'язки. Права визначають ступінь свободи, обов'язки – ступінь відповідальності. Єдність прав і обов'язків є умовою для самовдосконалення людини, її творчої самостійності.

**5. Права та обов'язки**

Робота в 4 групах. Розробити список прав дитини, прав дорослих з найближчого оточення (батьків, бабусь, дідусів, родичів),



обов'язків дитини, обов'язків дорослих з найближчого оточення (батьків, бабусь, дідусів, родичів).

Можливий висновок, основний обов'язок – дотримувати права інших. „Твоя свобода розмахувати кулаком обмежена носом твого сусіда!”. Обов'язки громадян зазначені в Конституції України: сплачувати податки (ст. 67), охороняти природу (ст. 66), захищати Вітчизну (ст. 65). Батьки зобов'язані піклуватися про дітей, а дорослі діти – про непрацевдатних батьків (ст. 51). Отже, у нас є обов'язки перед Вітчизною, перед своїм народом, перед іншими людьми, перед своїми рідними і близькими, а також і перед собою. Наприклад, бути достойною людиною – це обов'язок, який не закріплено законодавчими актами, але він є одним з основних перед самим собою.

#### **6. Створення плакатів**

Робота в 2 групах. Кожна група отримує завдання намалювати по 1 плакату. Група 1 малює плакат на тему „Обізнаний – значить захищений”, група 2 – „Право на вільне пересування”.

Групи презентують свої роботи та пояснюють зміст.

#### **Питання для перевірки:**

1. Що таке права людини ?
2. Для чого необхідно знати свої права та обов'язки?
3. Які є важливі ознаки прав людини?
4. Як називається один з основних міжнародних документів, що проголошує права людини?
5. Які українські документи гарантують захист прав громадянам?
6. Навіщо окремо виділяти права дитини?
7. Хто вважається дитиною відповідно до міжнародного та національного законодавства?
8. Чому, говорячи про права, не можна забувати про обов'язки?
9. Які права дитини ви знаєте?
10. Які ви маєте обов'язки?
11. Чим відрізняються ваші права від прав дорослих, які вас оточують?
12. У чому полягають обов'язки дорослих, які вас оточують?

## ТЕМА 2. ЯВИЩЕ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ. ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ

**Мета:** перевірити існуючі в учнів знання та уявлення про проблему трудової міграції, надати інформацію про ризики нелегального перебування в іншій країні; виховувати толерантне ставлення до трудових мігрантів та членів їхніх сімей; розвивати вміння роботи в групі.

### 1. Розминка „Те, чого я не бачу” (10 хв.)

Для проведення цієї розминки тренеру буде потрібно заздалегідь підготувати декілька (2-3) предметів, кожен з яких можна вмістити в долоні (це можуть бути, наприклад, маленькі іграшки або канцелярські предмети). Бажано, щоб підібрані предмети були схожі між собою за формою – наприклад, округлі чи довгі – це буде заплутувати учнів і зробить гру більш цікавою.

Учні сідають у коло. тренер просить одного з учнів заплющити очі і передає йому один з предметів. Учень повинен, не відкриваючи очей, охарактеризувати те, що він тримає перед собою:

- сказати, якої воно форми,
- чи має частини,
- з чого воно зроблене,
- як його можна застосувати.

Інші не можуть ані заперечити, ані підказати приятелєві. Тепер учень може розплющити очі і дізнатися, що тримав у руках. Тренер дістає інший предмет, і гра продовжується.

Можливий висновок: Якщо ми не знаємо напевно, що являє собою предмет, можливе існування декількох його інтерпретацій і, відповідно, декілька способів використання. Так відбувається і з різними ситуаціями – не знаючи тих чи інших ситуацій, ми можемо розуміти їх по-своєму і діяти відповідно до свого розуміння, але воно може дуже відрізнятись від дійсності. Тому важливо передбачувати наслідки ситуації, зважувати свої думки перед прийняттям рішень, а для цього необхідно дізнаватись якомога більше інформації для прийняття виваженого рішення.

*Примітка. Не обов'язково наступний учень буде тримати в руках інший предмет – вибір за тренером.*

### 2. Бесіда

Питання:

1. Чому люди приймають таке складне рішення як виїзд на заробітки?

2. Куди найчастіше їздять українські громадяни?

3. У чому полягає складність прийняття такого рішення?

Можливий висновок: Виїжджаючи на заробітки кожен переслідує свою власну мету, але для всіх важливим є прийняття рішення щодо такої поїздки. Особливо непросто, коли доводиться виїжджати за кордон. Адже, виїжджаючи за кордон, людина стикається з певними труднощами, такими як незнання мови, інша культура та традиції, інша релігія. Найчастіше люди вимушені виїжджати, оскільки немає достойної (а іноді і будь-якої іншої) альтернативи. Це робиться для блага своєї сім'ї, дітей. Тому надзвичайно важливо цінити такі зусилля і бути відповідальним за свої вчинки.

### **3. Слово тренера**

Люди у всьому світі переміщуються у пошуках кращої ситуації. „Риба шукає де глибше, а людина – де краще” – каже народне прислів'я. Міграція з історичної точки зору-це досить давнє явище. Економічні негаразди, військові конфлікти, національні протиріччя, екологічні катастрофи та інші проблеми вже багато років штовхають людей на переміщення по планеті. Кількість осіб, які щорічно покидають свої країни, оцінюється багатьма мільйонами. За даними Міжнародної організації праці, на початок XXI сторіччя глобальна міграція праці становить близько 120 млн. осіб, тобто 2,3 % світового населення. Основні потоки мігрантів спрямовані зі Сходу на Захід та з Півдня на Північ у Східній півкулі та з Півдня на Північ – у Західній. Їдуть сім'ї, чоловіки, жінки і діти, але за останні роки серед мігрантів різко зростає кількість жінок та дітей. Вже непоодинокі випадки, коли рішення про міграцію приймає жінка, і вона мігрує самостійно або з дітьми без підтримки чоловіків. Це і є практичним втіленням реалізації прана на вільне пересування й вибір місця проживання, виїзд з території України й повернення.

Сезонне, тимчасове працевлаштування або „човникові” поїздки за кордон у непростих економічних умовах перехідного періоду, на жаль, стали чи не основним засобом виживання для багатьох українських сімей.

Нерідко роботодавці намагаються вчинити незаконно, запрошуючи на роботу нелегально – без оформлення відповідних документів. Внаслідок нелегального працевлаштування громадяни потрапляють у скрутне, а часто і рабське становище: їхні права не

охороняються ні трудовим, ні цивільним законодавством і часто безкарно порушуються, не виконуються умови попередньої домовленості щодо розміру заробітної плати та порядку її виплати, їх шантажують, умови роботи та проживання залишають бажати набагато кращого тощо. Особливо небезпечними є такі ситуації, коли людина перебуває за кордоном і через страх депортації не звертається за допомогою в органи державної влади або неурядові організації.

***Інформаційна довідка:***

Під „міграцією” взагалі розуміють переміщення людей, пов’язані, як правило, зі зміною місця проживання. Міграція поділяється на безповоротну(з остаточною зміною постійного місця проживання), тимчасову (на досить тривалий термін) та сезонну (на певний період року), відрізняють зовнішню (за межі країни) та внутрішню (з села в місто та ін.) міграцію. До зовнішньої належать еміграція та імміграція.

**Еміграція** – масове переселення з батьківщини в іншу країну, тривале перебування за межами країни внаслідок переселення.

**Імміграція** – в’їзд іноземців у країну на тривале або постійне проживання.

**4. Дебати „Працевлаштування за кордоном: за і проти” (25 хв.)**

**Варіант 1.** Група ділиться на дві частини. Одній з малих груп потрібно висловитись „за”, іншій „проти” і представити свої аргументи. Групи працюють над виробленням власної позиції (10 хв.), після чого по черзі представляють результати іншим учням (5 хв.). Тільки після того як група висловила всі свої думки на користь тієї чи іншої точки зору, члени іншої групи мають право ставити свої запитання та намагатися переконати в протилежному (10 хв.).

Можливі аргументи:

Працевлаштування за кордоном

За:

- можливість заробити грошей,
- високий рівень життя,
- повага до прав людини,
- вивчення культури та мови,
- можливість подивитися світ.

Проти:

- небезпека захворіти за кордоном,
- порушення умов контракту – до кого звернутись?
- зневажливе ставлення до робітників-мігрантів,
- незнання мови і культури країни,
- важка праця.

**Варіант 2** (для активних груп). Тренер заздалегідь готує твердження щодо працевлаштування за кордоном (див. Варіант 1, можливі аргументи). Вже перебуваючи в класі, він ділить кімнату навпіл за допомогою крейди, білого скотчу або мотузки. Далі він повідомляє групі про те, що зараз буде читати твердження, з якими вони можуть погоджуватися чи не погоджуватися – утримуватися, за правилами, не можна. Згідно із своїм переконанням учні можуть ставати по той чи інший бік лінії поділу: по один бік, якщо відповідь – так, по інший – ні (місцезнаходження сторін відносно стрічки вказує тренер). Коли учні розділилися, тренер запрошує когось пояснити свою позицію. Інша сторона має переконати у протилежному.

Після закінчення вправи бажано провести аналіз дискусії, що відбулась, розрядити напружені моменти, що виникли під час дискусії, спрямувати учнів у позитивне русло.

Можливий висновок: Заробітчанство має свої переваги та недоліки. Рішення про поїздку на заробітки прийняти нелегко, і часто воно є вимушеним. Ми маємо ставитися до нього з повагою, враховуючи, що люди реалізують свої права. Головне – щоб люди працювали легально, оскільки це зможе їх захистити від порушення їхніх прав. Члени сім'ї можуть потребувати на час відсутності одного з них додаткової підтримки.

#### **5. Заключна вправа (10 хв.)**

Запропонуйте учням знову сісти в коло і по черзі закінчити фразу „Я сьогодні зрозуміла/зрозумів....”

#### **Питання для перевірки:**

- 1) Яку нову інформацію про проблему трудової міграції ви отримали під час заняття?
- 2) Які ризики нелегального працевлаштування?
- 3) Які позитивні моменти заробітчанства ви можете назвати?
- 4) Чого потрібно остерігатися?
- 5) Що може очікувати людину у випадку нелегального перебування в країні?

**Завдання для домашньої роботи:** Влаштуйте дискусію з членами вашої родини або друзями стосовно поїздки за кордон, але тепер ви будете виступати в ролі експертів, після чого викладіть результати дискусії письмово.

### **ТЕМА 3. ОСНОВНІ ПОРУШЕННЯ ПРАВ ДИТИНИ**

**Мета:** навчити розпізнавати небезпечні ситуації порушення прав дитини; формувати навички безпечної поведінки; формувати готовність до захисту своїх прав.

#### **1. Вступне слово тренера**

Кожна людина має цілу низку прав та свобод; а дитина, як представник особливої групи, має певні специфічні права. Але трапляються випадки, коли права порушуються. Тому знову звертаємось до важливості знань про свої права та умінь ними користуватися для захисту. Варто звернути увагу, що ніхто не має права порушувати права дитини, навіть рідні та близькі люди.

Ситуації порушення прав дитини проявляються тією чи іншою мірою у кожній країні світу. На шляху нових перетворень Україна також стикається з такими випадками. Жахливо, що вони набирають дедалі більших масштабів і нових форм та становлять значну суспільну загрозу. Ситуації порушення прав дітей можуть призвести до серйозних наслідків на все життя або навіть поставити під загрозу саме життя, завдаючи фізичної, психічної, духовної, моральної шкоди, включаючи загрозу ранньої вагітності, летальні пологи, запізнення фізичного та розумового розвитку, травми, фізичну інвалідність та хвороби статевих органів, ВІЛ/СНІД. Тому необхідно бути обережним, щоб не потрапити у такі ситуації, а при нагоді допомогти і своїм товаришам їх уникнути.

#### **2. Мозковий штурм „Які існують грубі порушення прав дитини?“**

Можливі варіанти відповідей:

Насильство (домашнє, психічне, фізичне), торгівля дітьми, комерційна сексуальна експлуатація дітей, примушування чи втягнення дітей у заняття проституцією, дитяча порнографія, експлуатація дитячої праці, втягнення неповнолітніх осіб у злочинну діяльність, усиновлення (удочеріння) в комерційних цілях, насильницьке донорство щодо неповнолітніх осіб, втягнення неповнолітніх у збройні конфлікти, використання для жебрацтва, примус до жебрацтва, дискримінація.

В Україні покарання за злочини проти дітей передбачене низкою статей Кримінального кодексу: торгівля дітьми – ст. 149, залишення у небезпеці – ст. 135; насильницьке донорство – ст. 144; незаконне позбавлення волі або викрадення дитини – ст. 146; експлуатація дітей – ст. 150; сексуальна експлуатація неповнолітніх, використання їх у порнобізнесі – ч. 2 ст. 150; втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність – ст. 304; проституція, примушування чи втягнення до заняття проституцією – ч. 3 ст. 303 та ін.

### **3. Робота в групах. Створення інформаційного буклету**

Кожна група отримує короткий опис ситуації порушення прав дитини. Завдання: використати цю інформацію для створення інформаційного буклету для учнів.

*Роздатковий матеріал*

#### **Комерційна сексуальна експлуатація дітей**

Окремі злочинці та кримінальні структури займаються купівлею та втягуванням дівчат та хлопців у комерційну сексуальну експлуатацію. Ці злочинці задовольняють сексуальні запити клієнтів, в основному чоловіків, які шукають незаконного сексуального задоволення, використовуючи дітей.

У комерційній сексуальній експлуатації дітей можуть брати участь як одна особа, так і невелика група (наприклад, сім'я, знайомі) або великі групи (наприклад, кримінальні організації) людей.

На кожному континенті десятки тисяч дітей експлуатуються в проституції. Діти, що живуть на вулицях Бразилії, Камбоджі, Росії або України; „пляжні хлопчики” в Шрі-Ланці, Ямайці або Кенії; діти, що втекли з дому та стали наркоманами у Східній, Західній Європі, Австралії або Північній Америці; діти, що продані із Західної Африки, Східної Європи або Центральної Америки – майже кожна країна тією чи іншою мірою зіткнулась із цим явищем. Відомі навіть випадки, коли батьки самі використовують своїх дітей з такою метою.

#### **Примушування чи втягнення дітей у заняття проституцією**

Діти втягуються у проституцію не тільки заради задоволення таких їхніх базових потреб, як житло, їжа та одяг, але також заради кишенькових грошей і товарів, які для них були недоступні. За даними Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), близько 2800 дітей у світі кожного дня примушують до заняття проституцією. У проституцію

втягнені як дівчата, так і хлопці, причому експерти свідчать про тенденцію до збільшення кількості хлопців, втягнутих до проституції.

Примушування чи втягнення дітей у заняття проституцією караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років (ст. 303, Кримінальний кодекс України).

У деяких країнах завуальованою формою дитячої проституції є ранні шлюби, часто пов'язані з релігійною практикою. Так, в Індії молоді дівчата (девадасі) віддаються заміж за божество Хінду з надією, що боги благословлять сім'ю та дадуть краще життя. Девадасі надають сексуальні послуги священикам та членам вищих каст. За повідомленнями, багато з них з часом продаються в борделі. Подібна практика існує в Непалі, де такі дівчата називаються „деукі”. У наш час ранні шлюби відновились в країнах Центральної Азії (в Таджикистані, Киргизстані, Узбекистані). Дівчат 13-16 років примусово віддають заміж, обмінюючи їх на борошно, баранів та інші вигоди. Тому там почастишали випадки самоспалення серед дівчат та жінок. Ранні шлюби не є проблемою для України.

#### **Використання дітей для сексуальних стосунків з іноземними туристами (дитячий сексуальний туризм)**

Іноземні громадяни, що перебувають на території України, можуть використовувати дітей для задоволення своїх сексуальних бажань. Вони можуть мати будь-який соціальний статус чи професію, бути одруженими чи неодруженими, чоловіками чи жінками, туристами чи людьми, що перебувають у відрядженні. Часом, це педофіли, що подорожують цілеспрямовано у пошуках дітей, щоб використати їх для сексуального задоволення, а часом, це люди, для яких насильство над дітьми не є метою подорожі. За даними дослідження, проведеного міжнародною організацією „ЕКПАТ-Італія”, простежується зменшення віку туристів, які використовують дітей для задоволення своїх сексуальних бажань. Це переважно особи віком від 21 до 40 років. Такі люди часто виправдовують свою поведінку, стверджуючи, що вона є прийнятною для культури даної країни, або тим, що вони допомагають цим дітям, даючи їм гроші. У міру того як заходи із запобігання та захисту від цього явища проводяться в якій-небудь країні, дитячі секс-туристи можуть вибрати іншу країну як мету своєї подорожі; країни призначення можуть змінюватись через зростаючий попит на „екзотику” або з міркувань щодо зручності.



У останні десятиліття секс-туристи виявляють велику зацікавленість країнами Південної та Південно-Східної Азії, Африки, Латинської Америки та країнами Тихоокеанського регіону. Ця тенденція вже виявлена і в Східній Європі (Росія – Санкт-Петербург), Чехія. Вони користуються тим, що в багатьох країнах немає законів, за якими можна було б покарати їх за це на батьківщині після повернення.

Секс-туризм поки що не розвинувся в Україні, але є випадки, коли іноземні туристи або бізнесмени, відвідуючи країну, шукають сексуальних розваг саме з молоддю підліткового віку. Тому необхідно бути насторожі при спілкуванні з іноземцями, обережно ставитись до їх пропозицій.

#### **Використання дітей у порнографії**

У більшості випадків дитяча порнопродукція виготовляється злочинними групами, які складаються з осіб із чіткими обов'язками – оператор, який робить зйомку; агент, який вербує дітей; розповсюджувач, який здійснює зв'язки з покупцями. Експлуаторське використання дітей в порнографічних діях та матеріалах може включати в себе фотографії, слайди, журнали, малюнки, відеофільми, комп'ютерні диски тощо. Цифрові фотоапарати та відеомагнітофони зробили процес виготовлення порнографії швидшим та дешевшим, зменшили ризик розкриття злочину. Продукція розповсюджується різними шляхами, але найпопулярнішим є мережа Інтернет. Згідно з даними Італійського центру досліджень, в Інтернеті доступні 12 мільйонів зразків дитячих порнографічних зображень, кількість касет та сайтів, що містять ці незаконні матеріали, становить відповідно 250 та 12 мільйонів.

Техніки вербування дітей гнучкі, нескладні і добре організовані. Діти, яких використовували для виготовлення порнопродукції, це переважно дівчата, хоча останні звіти неурядових структур вказують на поширення випадків втягнення хлопців. Середній вік дітей, яких використовували у виробництві порнографічної продукції, становить від 4 до 10 років, але також зафіксовані випадки використання дітей молодшого віку.

Дитяча порнографія в Інтернеті є великою проблемою, оскільки розповсюджується легко, швидко та дешевше, ніж через звичайні канали (відеопродукція, друкована).

Примушування дітей до участі у створенні порнографічної продукції в Україні карається позбавленням волі на строк від трьох до семи років (ст. 301 Кримінального кодексу України).

#### **Втягнення неповнолітніх осіб у злочинну діяльність**

Відомі випадки, коли українських дітей примушували перевозити і продавати наркотики в Молдові та Росії. Серед інших видів злочинної діяльності, до якої втягують дітей деякі злочинні угруповання чи окремі злочинці, чільне місце посідає примус до дрібних крадіжок на базарах та в квартирах.

Згідно з Конвенцією ООН про права дитини, яку підписала 141 держава світу і яка набула чинності в Україні з 27 вересня 1991 року, кожна дитина має право на захист від усіх видів економічної та сексуальної експлуатації, насильства (статті 19, 32, 34, 35 та 36). Усі держави повинні захищати дітей від будь-яких форм експлуатації і розбещення, торгівлі та контрабанди їх у будь-яких цілях і в будь-якій формі.

#### **Питання для перевірки:**

- 1) Які порушення прав дитини ви знаєте?
- 2) Які з порушень прав дитини, на вашу думку, найбільш притаманні для вашої місцевості, області?
- 3) Яких правил безпечної поведінки необхідно дотримуватись, щоб не потрапити у небезпечні ситуації?
- 4) Чому сьогодні в Україні проблеми порушення прав дитини є надзвичайно актуальними?
- 5) Коли дитина є особливо вразливою до потрапляння в небезпечні ситуації?
- 6) Чим небезпечні ситуації порушення прав дитини?
- 7) Як оточення дитини може допомогти їй уникнути небезпечних ситуацій?

### **ТЕМА 4. МОЖЛИВОСТІ РІЗНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ТА ПІДТРИМКИ ДІТЯМ**

**Мета:** сформулювати уявлення про діяльність органів державної влади та неурядових організацій у сфері захисту прав дитини, формувати готовність до звернення за допомогою.

#### **1. Вступне слово тренера**

У житті трапляються ситуації, коли ми потребуємо сторонньої допомоги, додаткової інформації, підтримки. Дуже важливо визнавати, що є необхідність у допомозі, і не вагатись, щоб

звернутись по неї. Її можна отримувати для того, щоб уникнути небезпечних ситуацій, і тоді, коли є факт порушення прав людини від державних чи неурядових організацій. Організація допомоги дітям, потерпілим від порушень їхніх прав, є важливою складовою політики протидії та запобігання злочинам проти дітей на міжнародному та національному рівнях.

## **2. Мозковий штурм „Складні ситуації”**

Які складні ситуації виникають у житті дітей?

Можливі варіанти відповідей:

- труднощі у навчанні;
- спілкування з ровесниками чи дорослими; спілкування з батьками;
- інформація про проблеми та правила безпечної поведінки; психологічні консультації;
- медична допомога;
- юридична допомога;
- тимчасовий притулок;
- матеріальна допомога;
- професійне навчання;
- працевлаштування;
- захист потерпілих від подальших переслідувань,
- допомога у поверненні громадян України з-за кордону;
- пошук безвісти зниклих за кордоном.

## **3. Робота в групах**

**Перелік напрацьованих складних ситуацій розподіляється серед робочих груп. Учні отримують завдання зав понити таблицю.**

<b>Складна ситуація</b>	<b>Куди я можу звернутись за допомогою?</b>
Батька поїхали на заробітки	Можливі варіанти відповідей:
	• шкільний психолог;
	• класний керівник;
	• Служба у справах неповнолітніх;
	• дільничний інспектор міліції;
	• ЦСССДМ;
	• суд;
• поліклініка;	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• „гарячі лінії”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Національна „гаряча лінія” з питань торгівлі людьми: 88005002250;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Національна „гаряча лінія” з питань насильства та захисту прав дітей: 88005003350;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• неурядові організації;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уповноважений ВР з прав людини.</li> </ul>

Презентація роботи в групах. Обговорення.

При обговоренні важливо звернути увагу на таке:

- робота соціального педагога та практичного психолога в школі, їх можливості в наданні допомоги та підтримки;
- робота „гарячих ліній” та телефонів довіри, які працюють на базі центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді та неурядових організацій. Консультанти телефонів довіри можуть надати інформацію про те, хто і чим може допомогти дитині у скрутній ситуації, адресу найближчого притулку для неповнолітніх, куди дитина може самостійно звернутися; адресу центру соціально-психологічної реабілітації неповнолітніх; адреси неурядових організацій тощо.

**Питання для перевірки:**

1. Які складні ситуації дитині доводиться переживати в шкільному віці?
2. З якими складними ситуаціями стикалися особисто Ви?
3. Які є шляхи розв’язання складних ситуацій дітей?
4. З якими труднощами стикаються діти, чиї батьки поїхали на заробітки за кордон?
5. Як ви їм можете допомогти?
6. Яку допомогу та підтримку може надати соціальний педагог школи?
7. У вирішенні яких труднощів може допомогти практичний психолог?
8. В які державні установи з якими питаннями можна звертатися?
9. Чим можуть допомогти дітям неурядові організації ?

## **ТЕМА 5. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ВЛАСНЕ ЖИТТЯ. ПРАВИЛА БЕЗПЕЧНОЇ ПОВЕДІНКИ**

**Мета:** сформувати навички безпечної поведінки, ви ховання толерантного ставлення до потерпілих.

### **1. Вступне слово тренера**

Життя – одна з найвищих цінностей. Кожна людина несе відповідальність за свої дії та вчинки. Вибір шляху вирішення труднощів та проблем впливає на подальші життєві кроки. У наших власних руках є можливість подбати про свою безпеку – знати свої права та шляхи їх захисту, знати та використовувати на практиці правила безпечної поведінки. Адже, набагато легше запобігти труднощам, ніж потім їх долати.

### **2. Аналіз ситуацій**

Учні об'єднуються в три групи. Кожна група отримує завдання дописати кінець історії, а також виписати, яких заходів можна було б вжити, щоб уникнути потрапляння в такі ситуації.

1. Олег вийшов на перерві за межі школи, щоб купити солодощі біля магазину неподалік. Коли він повертався назад, з вікна легкового автомобіля його гукнув незнайомий чоловік і попросив пояснити, як доїхати до залізничного вокзалу. Сергій почав пояснювати, але чоловік сказав, що він уперше в місті і йому важко зорієнтуватися. Попросив Сергія показати йому дорогу. Хлопець відмовився. У процесі розмови Сергій поступово наблизився до автомобіля. Раптом дверцята автомобіля відчинилися, вийшов ще один чоловік і силоміць заштовхав Сергія в салон автомобіля.

2. Світлана та Ірина знайшли повідомлення в місцевій газеті про відкриття модельної агенції. В оголошенні йшлося про можливість пройти попередній відбір до модельної школи, яка відкриє шлях до кар'єри моделі. Умовами попереднього відбору була перевірка на фотогенічність шляхом фотосесії. Дівчата зателефонували до агенції, де їм запропонували час зустрічі. Першою пішла Світлана. Розпочалась фотосесія із звичайних знімків, а потім при кожному наступному знімку необхідно було знімати по одному елементу одягу, а пози ставали дедалі „відвертішими”. Світлана почала відмовлятися, тоді їй сказали, що фото, які вже є, вони надішлють її батькам та однокласникам і зроблять ще й монтаж з інших, де зображені голі тіла.

3. Андрій познайомився через Інтернет з хлопцем Тарасом. Вони протягом двох тижнів спілкувалися і знайшли багато спільних інтересів: комп'ютерні ігри, рок-музика, гра на гітарі. Андрій розповів, що зараз вони живуть удвох з мамою, тато поїхав на заробітки за кордон, бувають випадки, коли мама працює допізна. Живуть у квартирі лише удвох. Повідомив адресу проживання Тарасу, оскільки той збирався прийти познайомитись. Минуло два дні. Повернувшись зі школи додому Андрій виявив, що їхню квартиру пограбовано.

### **3. Формування правил безпечної поведінки. Конкурс шкільного стенда/плаката.**

Робота в парах. Кожна пара отримує завдання розробити шкільний стенд/плакат з правил безпечної поведінки. Декілька рекомендацій мають бути адресовані дітям, чиї батьки перебувають на заробітках за кордоном. Після завершення роботи учні презентують свої стенди/плакати і загальним голосуванням вибирають кращі. Інформацію з кращих можна використати для шкільного стенда.

#### **4. Мої правила безпеки...**

Мою адресу, номер телефону та імена батьків я знаю напам'ять. А ще я знаю номери телефонів служб допомоги: 101 – пожежна, 102 – міліція, 103 – швидка допомога.

Я завжди спілкуюсь зі своїми родичами. Коли мені необхідно відлучитися, я скажу, куди йду і коли збираюсь повернутися. У разі запізнення я зателефоную.

Якщо мені необхідно кудись піти, я піду не один/одна, а з товаришем/кою. У такому разі ми зможемо допомогти один/одна одному/одній не потрапити у біду.

Я нікуди не йду з незнайомими людьми та нічого у них не беру.

Я ніколи не сідаю в автомобіль до незнайомих людей.

Я нікому не дозволяю доторкатися до мене. Якщо ж хтось спробує доторкнутися до мене, я голосно і твердо скажу: „Ні!”. Покличу на допомогу.

Якщо зі мною трапиться щось недобре, я негайно розкажу тим людям, яким я довіряю, хто піклується про мене і хоче, щоб я був/була в безпеці.

Якщо у мене є питання, я зателефоную на Національну „гарячу лінію” – 88005002250 або звернусь по Інтернету – [www.lastrada.kiev.ua](http://www.lastrada.kiev.ua).

Я завжди буду слідувати цим правилам. Я хочу бути щасливим/щасливою і здоровим/здоровою! Я на це заслуговую!

Я знаю напам'ять усі адреси, номери телефонів та імена людей, яким я довіряю.

Люди, яким я довіряю – це мої батьки, чи хтось інший, хто піклується про мене і хоче, щоб я був/була у безпеці.

Я пам'ятаю про телефони спеціального та негайного виклику: 101 (протипожежна охорона), 102(міліція), 103 (швидка медична допомога).

Я маю номери телефонів дільничного інспектора, соціальної служби та телефону довіри.

Я нікому не дозволяю принижувати та ображати мене.

Я не ходжу в пізній час один/одна по вулиці.

Я ніколи не розмовляю з незнайомими людьми, нікуди з ними не йду, нічого у них не беру, не сідаю до них в автомобіль.

Якщо мені загрожуватиме небезпека, я буду тікати, кричати, привертати до себе увагу.

Я не сяду з незнайомцями до ліфта.

Я не впускаю в помешкання незнайомців, якщо я один/одна вдома.

Я знаю, де знаходиться моє свідоцтво про народження.

Якщо зі мною трапиться щось недобре, я негайно розкажу людям, яким я довіряю.

Я чітко та послідовно знаю, що буду робити, куди зателефоную, піду, кому розповім, якщо зі мною трапиться щось недобре.

Про те, що батьки працюють за кордоном повинні знати твій класний керівник та найближчі родичі. Не розповідай стороннім людям про те, що батьків немає поруч.

Якщо тобі запропонують стати фотомоделлю чи провести час у товаристві незнайомих людей, передати за винагороду пакунок з невідомим тобі вмістом, будь обережним, за цим може приховуватись втягнення до проституції, розповсюдження наркотиків, використання в порнографії.

Завжди май при собі номери телефонів твоїх батьків: мами, тата; дорослого, якому ти довіряєш. Завжди розповідай батькам про всі свої проблеми, коли вони телефонують.

Якщо ти почуваєшся самотнім і тобі треба вирішити складну проблему, ти завжди можеш звернутися за допомогою до класного керівника, психолога або вчителя, якому ти довіряєш.

Завжди май при собі телефони: класного керівника, служби у справах неповнолітніх, дільничного міліціонера, телефону довіри і звертайся до них у випадках небезпеки або порушення твоїх прав.

Якщо ти користуєшся мобільним телефоном, запам'ятай ці номери термінової допомоги у надзвичайних ситуаціях (для всіх мобільних операторів безкоштовно на території України):

112 – номер для дзвінків у надзвичайних ситуаціях (з'єднання з пожежною охороною, міліцією, швидкою медичною допомогою);

101 – пожежна охорона;

102 – міліція;

103 – швидка медична допомога;

104 – служба газу.

**Питання для перевірки:**

1. Як ви розумієте відповідальність за своє життя?
2. Чому важливо в житті займати активну позицію?
3. В яких пропозиціях може міститися небезпека?
4. Назвіть 5 головних, на вашу думку, правил безпечної поведінки.
5. Яких особливих правил необхідно дотримуватись, у разі якщо батьки перебувають на заробітках за кордоном?



## ЛІТЕРАТУРА

1. Агаева И. Б. Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности / И. Б. Агаева // Вестник КГПУ им. В. П. Астафьева. Педагогика. – 2009. – № 1. – С. 18 – 24
2. Адлер М. Азбука СПИДа / М. Адлер – М. : Мир, 1991. – 186 с.
3. Александрова М. Д. Старение: социально-психологический аспект / М. Д. Александрова // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 177 – 182.
4. Альперович В. А. Социальная геронтология / В. А. Альперович. – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 576 с.
5. Аналітичний звіт: Моніторинг соціального супроводу сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах. – К. : Держсоцслужба, 2006. – 136 с.
6. Анохина Л. П., Шулико Н. М. Социальная реклама и профилактика ВИЧ/СПИДа / Л. П. Анохина, Н. М. Шулико // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2006. – № 2. – С. 81 – 86.
7. Архипова С., Юхименко І. Надання соціальних послуг сім'ям з дітьми раннього та дошкільного віку, які опинилися у складних життєвих обставинах / С. Архипова, І. Юхименко. – режим доступу до статті : [www.nbuv.gov.ua/portal/natural//arhipova2.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/natural//arhipova2.pdf)
8. Бабаева Л. В. Женщины в условиях социального перелома: работа, политика, повседневная жизнь / Л. В. Бабаева – М. : Московский общественный научный фонд, 1997. – 248 с.
9. Бакка Т. Методичні рекомендації до проведення в загальноосвітніх навчальних закладах Уроку щодо попередження торгівлі людьми / Т. Бакка – К. : „К.І.С. ”, 2010. – 52 с.
10. Балакірева О. М. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління / О. М. Балакірева, Ю. М. Галустян, Д. М. Дікова-Фаворська та ін. – К. : МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005. – 44 с.
11. Безпальча Р. Допомога жінкам, які потерпіли від торгівлі людьми : інформаційно-практичний посібник / Р. Безпальча – К. : Логос, 2003. – 114 с.

12. Бобков А. Происхождение и эволюция ВИЧ / А. Бобков // Медицинский курьер. – 2000. – № 1 – 2. – С. 17 – 20.
13. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л. В. Борщевська. – К. : Академпрес, 2001. – С. 53 – 60.
14. Быкова В. М. Вместе против СПИДа : пособие в помощь педработникам и др. спец. / В. М. Быкова – Мн. : Тонпик, 2003. – 86 с.
15. Варбан М. Ю. Політики та програми боротьби з ВІЛ/СНІД на робочих місцях / М. Ю. Варбан, І. Л. Демченко. – К. : МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005. – 28 с.
16. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Т. В. Семигіна та ін. – К. : Фенікс, 2001. – 125 с.
17. Виклик та подолання : ВІЛ/СНІД та права людини в Україні. – К. : ПРООН в Україні, 2008. – 191 с.
18. ВІЛ/СНІД : відчуй себе захищеним. Спецвипуск газети „Шкільний світ”. – Житомир, 2004. – 192 с.
19. Власов П. О. Запобігання торгівлі людьми: інформаційно-практичний посібник / П. О. Власов – Дніпропетровськ. : Поліграфіст, 2002. – 68 с.
20. Впровадження програми надання соціальних послуг сім'ям з дітьми раннього та дошкільного віку, які опинилися у складних життєвих обставинах: Методичні рекомендації. – К. : „Р.К. Майстер-принт”, 2008 – 196 с.
21. Гайдар Лайма, Довбах Ганна Соціальна реклама та інформування з проблеми ВІЛ/СНІД в Україні: можливості впливу на зміни в поведінкових практиках / Лайма Гайдар, Ганна Довбах // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2006. – № 2. – С. 72 – 81.
22. Гнибиденко Н. Проблеми трудової міграції в Україні і їх рішення / Н. Гнибиденко // Економіка України. – 2001. – № 4. – С. 19 – 22.
23. Головкін Б., Батиргарєєва В. Громадська думка щодо торгівлі людьми : кримінологічний погляд на проблему / Б. Головкін, В. Батиргарєєва // Право України. – 2003. – № 7. – С. 26 – 36.
24. Гончаров В. Л. Складні життєві ситуації: проблема та шляхи її вирішення: проблема та шляхи її вирішення / В. Л. Гончаров // Соціальний педагог. – 2010. – № 9 (45) вересень. – С. 42 – 44.

25. Гордієнко Н. В., Ізотова А. Ю. Соціально-педагогічні засади профілактики деформацій у соціалізації дітей з сімей трудових мігрантів / Н. В. Гордієнко, А. Ю. Ізотова. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/.../N123.html](http://www.nbu.gov.ua/portal/.../N123.html)
26. Грабовенко Н. Обґрунтування змісту і форм соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями, в умовах реабілітаційних центрів / Н. Грабовенко // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2007. – № 3. – С. 60 – 66.
27. Гриценко Л. І., Лунченко Н. В., Ерстенюк О. В. Профілактична робота з протидії торгівлі людьми в навчальних закладах / Л. І. Гриценко, Н. В. Лунченко, О. В. Ерстенюк – К. : Наукова думка, 2007. – 162 с.
28. Грицяк Н. Проблеми трансформації державного механізму забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків в Україні / Н. Грицяк // Управління сучасним містом. – 2003. – № 1/1-3 (9). – С. 26 – 33.
29. Данількевич М. І., Степанов І. Л. Торговля людьми як гостра проблема сьогодення : кримінологічний та соціальний аспекти / М. І. Данількевич, І. Л. Степанов // Актуальні проблеми політики. Збірник наукових праць. – 2004. – № 20. – С. 87 – 93.
30. Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Роль и место социальных работников в обслуживании пожилых граждан и инвалидов / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 231 с.
31. Денисова Т. А. Проблема торговли женщинами и детьми с целью их сексуальной эксплуатации : исследования в Украине / Т. А. Денисова // Вісник Запорізького державного ун-ту (юрид. науки). – 2001. – №1. – С. 24 – 27.
32. Дмитренко М. І., Тропин М. В., Власов П. О. Попередження насильства у сім'ї: методичні рекомендації / М. І. Дмитренко, М. В. Тропин, П. О. Власов – Дніпропетровськ : Дніпропетр. юрид. ін-т МВС України, 2001. – 56 с.
33. Довжук Б. Актуальне регіональне дослідження трудової міграції / Б. Довжук // Україна : аспекти праці. – 2005. – № 3. – С. 37 – 39.
34. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією. Навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів,

- соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за дітьми з ВІЛ-інфекцією. – К. : Кобза, 2003. – 145 с.
35. Допомога батькам у вихованні дітей: Методичні рекомендації для соціальних працівників. – К. : ДЦССМ, 2004. – 100 с.
  36. Дядюра К. О. Засоби протидії торгівлі людьми : міжнародно-правовий досвід / К. О. Дядюра // Форум права. – 2007. – № 2. – С. 48 – 53.
  37. Закон України „Про державну допомогу сім’ям з дітьми”. – Режим доступу : [www.usm.te.gov.ua/?page=norm\\_doc.php&id=18](http://www.usm.te.gov.ua/?page=norm_doc.php&id=18)
  38. Закон України „Про соціальні послуги”. – Режим доступу : [www.nau.kiev.ua/nau10/ukr/doc.php?code=966-15](http://www.nau.kiev.ua/nau10/ukr/doc.php?code=966-15)
  39. Запобігання і протидія насильству в сім’ї: Методичні рекомендації для соціальних працівників. – К. : ДЦССМ, 2004. – 192 с.
  40. Запобігання торгівлі людьми та експлуатації дітей : навч.-метод. посібник / Заг. ред. К. Б. Левченко та О. А. Удалової. – К. : „Версо-04”, 2005. – 210 с.
  41. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К. : Здоров’я, 2004. – 636 с.
  42. Захист прав ВІЛ-інфікованих осіб у суді : науково-практичний посібник для суддів / За ред. проф. М. В. Буроменського. – К. : ТОВ „Компанія ВАІТЕ”, 2009. – 110 с.
  43. Зуйкова Е. М., Ерусланова Р. И. Феминология и гендерная политика : учебник / Е. М. Зуйкова, Л. И. Ерусланова – М. : Издательско-торговая корпорация „Дашков и К”, 2007. – 300 с.
  44. Івченко Ю. Історичний аналіз ролі жінки в суспільстві / Ю. Івченко // Економіка, фінанси, право. – 2007. – №4. – С. 25 – 28.
  45. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. комплекс / Автор.-упоряд.: О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, З. П. Кияниця, В. О. Кузьмінський та ін. / За заг. ред.: І. Д. Зверевої, Ж. В. Петрочко – К. : Фенікс, 2007. – 528 с.
  46. Інформаційно-методичний бюлетень : 1 грудня – Всесвітній день боротьби зі СНІДом : матеріали для спеціалістів соціальної роботи та партнерів соціальних служб м. Києва. – К. : КМЦССМ, 2003. – 73 с.

47. Капська А. Й. Соціальна педагогіка / А. Й. Капська. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 468 с.
48. Капська А. Й. Соціальна робота : навч. посібн. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
49. Капська А. Й., Олексюк Н. С. Організаційно-педагогічне забезпечення позитивної життєдіяльності сім'ї військовослужбовця / А. Й. Капська, Н. С. Олексюк // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки – 2009. – Вип. 61. – С. 6 – 11.
50. Клименко О. В., Гореленко О. С. Соціальна профілактика алкоголізму, наркоманії, ВІЛ/СНІДу серед студентської молоді в умовах навчального закладу / О. В. Клименко, О. С. Гореленко // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2006. – № 2. – С. 58 – 60.
51. Козубовська І. Аналіз деяких соціальних проблем сім'ї / І. Козубовська. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/natural/.../index.html](http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/.../index.html)
52. Комарова О. О. Особливості соціальної адаптації людей похилого віку / О. О. Комарова // режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Staftp/2010\\_45/files/ST45.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Staftp/2010_45/files/ST45.pdf)
53. Консультування сім'ї: методичні поради для консультування батьків. – Ч. II / За ред. В. Г. Постоного. – К. : ДЦССМ, 2003. – 303 с.
54. Копьев А. Ф. Индивидуальное психологическое консультирование в контексте семейной психотерапии / А. Ф. Копьев // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 121 – 130.
55. Кочубей А., Уварова Н. Визит в семью, или Практика работы с семьями: Уч.-метод. Пособие / А. Кочубей, Н. Уварова. – Псков : ПОИПКРО, 2004. – 152 с.
56. Кривоконь Н. І. Соціально-психологічні особливості розвитку соціальних послуг людям літнього віку / Н. І. Кривоконь // режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/soc/2010.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc/2010.pdf)
57. Кузнецова Л. П. Основные технологии социальной работы: Учебное пособие / Л. П. Кузнецова. – Владивосток : Изд-во ДВГТУ, 2002. – 92 с.
58. Купина Н. М. Характеристика сім'ї, в якій конфліктують батьки і діти / Н. М. Купина // Соціальна робота в Україні:

- теорія та практика: посібник для підвищення кваліфікації працівників центрів соціальних служб для молоді. – 3-я ч. / За заг. ред. А. Я. Ходарчук. – К. : ДЦССМ, 2002. – 172 с.
59. Лазаренко Б. П. Методичний посібник з профілактики ВІЛ-інфекції серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків / Б. П. Лазаренко, І. М. Пінчук, В. А. Сановська. – К. : ДЦССМ, 2002. – 62 с.
  60. Лактионова Г. М. Социально-педагогическая работа с женской молодёжью в крупном городе : теоретико-методические основы / Г. М. Лактионова – К. : Украинский центр духовной культуры, 1998. – 326 с.
  61. Лахно С. Міграція : проблеми лишаються / С. Лахно // Політика і час. – 2003. – №7. – С. 74 – 77.
  62. Левченко К. Б. Гендерна політика в Україні : монографія / К. Б. Левченко – Харків : Вид-во ун-ту внутр. справ, 2003. – 344 с.
  63. Лиля Г. Робота з дітьми з неблагополучних сімей / Г. Лиля. – Режим доступу до статті : [www.Osvita.ua](http://www.Osvita.ua).
  64. Липский И. А. Военно-социальная работа на уровне человека / И. А. Липский // Армия и общество. – 1999. – № 1. – С. 11 – 13
  65. Лозовская Е. Г., Фалалеева Ю. В. Теоретические основы организации работы с семьями, оказавшимися в социально опасном положении. Учебное пособие / Е. Г. Лозовская, Ю. В. Фалалеева. – Волгоград : Волгоградский Государственный Университет, 2005. – 61 с.
  66. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник / М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. – К. : Каравела, 2009. – 368 с.
  67. Люди и ВИЧ : книга для неравнодушных – К. : МБФ „Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине”, 2001. – 352 с.
  68. Люди и ВИЧ. Книга для неравнодушных / Отв. ред. Е. Пурик. – К. : МБФ „Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине”, 2006. – 633 с.
  69. Майборода Г. Особливості профілактичної роботи соціальних педагогів з кризовими сім'ями / Г. Майборода. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/natural/NVUU/Ped/2008.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/NVUU/Ped/2008.pdf)

70. Майданік І. П. Особливості функціонування сімей трудових мігрантів / І. П. Майданік. – Режим доступу до статті : [www.politik.org.ua/.../magcontent.php3](http://www.politik.org.ua/.../magcontent.php3)
71. Малиновська О. А. Мігранти, міграція та Українська держава : аналіз управління зовнішніми міграціями : монографія / О. А. Малиновська – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 123 с.
72. Маркелов В. И. Технологии социально-медицинской работы с военнослужащими / В. И. Маркелов // Сервис в России и за рубежом. – 2008. – № 4. – С. 21 – 32.
73. Мацуляк Л. А. Неблагополучні сім'ї як чинник негативної соціалізації у суспільстві неповнолітніх / Л. А. Мацуляк. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/soc.2010.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc.2010.pdf)
74. Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей : пособие для социальных работников / Н. Н. Воронцова, В. В. Жеребцова, Т. А. Епоян и др. – М. : ИНФРА-М, 2006. – 114 с.
75. Мельник С. Міграція населення України / С. Мельник // Економічний часопис. – 2004. – №4. – С.46 – 52.
76. Мельник Т. Гендерна політика в Україні / Т. Мельник – К. : Логос, 1999. – 91 с.
77. Методи вивчення сім'ї: Науково-методичні матеріали / За ред. І. М. Трубавіної. – Х. : УДЦССМ, 2001. – 68 с.
78. Методика и технологии работы социального педагога: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б. Н. Алмазов, М. А. Беляева, Н. Н. Бессонова и др.; Под ред. М. А. Галагузовой, Л. В. Мардахаева. – М. : Изд-кий центр „Академия”, 2002. – 192 с.
79. Михайлова Л., Грабовенко Н. Робота реабілітаційних центрів щодо соціально-педагогічної підтримки сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями / Л. Михайлова, Н. Грабовенко // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2005. – № 1. – С.45 – 50.
80. Міграційні процеси в Україні : сучасний стан і перспективи / За ред. О. В. Позняка – Умань, 2007. – 276 с.
81. Міграція і толерантність в Україні : збірник статей / За ред. Я. Пилинського – К. : Стилос, 2007. – 191 с.
82. Міжнародно-правові проблеми протидії нелегальній міграції та торгівлі жінками : теоретико-методологічний аналіз / За ред. Ю. Римаренко, Я. Кондратьєва, Ю. Шемшученко. – К. :

- Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2003. – 185 с.
83. Модель соціального супроводу ВІЛ-позитивної вагітної жінки, матері з дитиною / Ред. кол. Д. В. Муценко, Б. С. Руденко, І. В. Григорова. – Херсон : Херсонський обласний ЦССМ, 2004. – 100 с.
  84. Мороз О. Група риска / О. Мороз. – М. : Просвещение, 1990. – 187 с.
  85. Надьон О. Торгівля жінками : чинники, складові та шляхи подолання / О. Надьон // Право України. – 2003. – №6. – С. 53 – 56.
  86. Настольная книга специалиста: социальная работа с пожилыми людьми / Под ред. Т. Е. Демидовой. – М. : ИНФРА, 1995. – 217 с.
  87. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ / Н. Недзельский, Е. Морозова. – М. : ИНФО-ПЛЮС, 2003. – 139 с.
  88. Олексюк Н. С. Організація соціально-педагогічного процесу в сім'ї військовослужбовця як важлива умова її позитивно спрямованої життєдіяльності / Н. С. Олексюк. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/2009\\_46/9\\_46.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/2009_46/9_46.pdf)
  89. Олексюк Н. С. Особливості функціонування сім'ї військовослужбовця у сучасних умовах / Н. С. Олексюк // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 11 Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: Зб. наукових праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. – Вип. 5. (Частина II). – С. 94 – 99.
  90. Олексюк Н. С. Зміст соціально-педагогічної роботи з сім'ями військовослужбовців в умовах реформування Збройних сил України / Н. С. Олексюк. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/natural/Nvuu/Ped/2009/Oleksyuk.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/Nvuu/Ped/2009/Oleksyuk.pdf)
  91. Олійник А. С. Конституційне законодавство України : гендерна експертиза / А. С. Олійник – К. : Логос, 2001. – 77 с.
  92. Організація роботи закладів соціального спрямування. Центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді – К. : Держсоцслужба, 2007. – 248 с.
  93. Основи соціального супроводу сімей, що виховують ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей : навч. посібник для



- тренерів / М. Ю. Варбан, І. М. Пінчук, Н. Л. Пукас та ін. – К. : МБФ „Відродження”, 2007. – 68 с.
94. Основи соціального супроводу сімей, що виховують ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей / Упорядник Н. Л. Пукас. – К. : Відродження, 2007. – 68 с.
95. Основы социальной работы : учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2003. – 395 с.
96. Особливості зовнішньої трудової міграції молоді в сучасних умовах / О. М. Балакірева, О. О. Яременко, О. Г. Левцун та ін. – К. : Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 124 с.
97. Оцінка вразливості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні : результати соціологічного дослідження / За ред. В. Гордейко. – К. : ПРООН в Україні, 2008. – 104 с.
98. Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами / О. Ганюков, Н. Березіна, М. Варбан та ін. – К. : МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005. – 32 с.
99. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка : навч. посібник / С. С. Пальчевський – К. : Кондор, 2009. – 560 с.
100. Петрович В. С., Зимівець Н. В., Лях В. В., Терницька С. В., Зверева І. Д. Навчальний курс „Соціальна робота у сфері ВІЛ/СНІД” / В. С. Петрович, Н. В. Зимівець, В. В. Лях, С. В. Терницька, І. Д. Зверева // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2006. – № 1. – С. 61 – 70.
101. Позняк О. Групові міграції в Україні: сучасний стан, проблеми, перспективи / О. Позняк // Економічний часопис. – 2004. – № 2. – С. 34 – 48.
102. Покровский В. В. Эволюция представлений о ВИЧ/СПИД / В. В. Покровский // Медицинский курьер. – 2000. – № 1-2. – С. 20 – 23.
103. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД / В. В. Покровский. – М. : Медицина, 1996. – 254 с.
104. Понятие и типы неблагополучных семей // Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. – М. : Изд-во „ВЛАДОС”. – ПРЕСС, 2003. – С. 82.

105. Потапова Л. В. Профілактика ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму : метод. посібник для студ. вищ. навч. закл. / Л. В. Потапова. – Запоріжжя : ЗДУ, 2001 – 85 с.
106. Предотвращение торговли людьми : учебно-методическое пособие / О. Г. Горбунова, Е. Б. Левченко, Л. Л. Савич и др. – Х. : Изд-во Нац. ун-та внутр. дел, 2001. – 174 с.
107. Проблеми дітей трудових мігрантів : аналіз ситуації / Галустян Ю. М., Шваб І. А., Дорошок Т. О. та ін. – К. : Міжнародний жіночий правозахисний центр „Ла Страда-Україна”, 2006. – 64 с.
108. Програма підготовки кандидатів у прийомні батьки та батьки-вихователі, які беруть на виховання ВІЛ-інфікованих дітей / За заг. ред. І. М. Пінчук. – К. : Держсоцслужба, 2007. – 120 с.
109. Пронина Н. Н. Психологическая поддержка семьи, воспитывающей ребенка с проблемами в развитии / Н. Н. Пронина // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. – 1998. – Вып. 1. – С. 68 – 71.
110. Противодействие торговле людьми : учебное пособие / А. М. Бандурко, В. Н. Куц, Е. Б. Левченко и др. – Х. : Консул, 2003. – 312 с.
111. Протидія торгівлі людьми : інформаційно-аналітичний збірник / Під ред. С. Нетецького. – К. : Логос, 2002. – 100 с.
112. Профілактика ВІЛ/СНІДу в учнівському та молодіжному середовищі : довідник для соціальних працівників, вчителів, шкільних психологів, батьків / О. Т. Баришполец, І. Ф. Ільїнська, Б. П. Лазоренко та ін. – К. : Держсоцслужба, 2005. – 204 с.
113. Профілактика ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки серед вихованців притулків для неповнолітніх : збірка інформаційних, методичних, ілюстративних матеріалів для спеціалістів / За заг. ред. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях. – К. : Держсоцслужба, 2004. – 103 с.
114. Психологічна допомога та соціальний супровід батьків, у яких народилися діти з вадами психічного та фізичного розвитку. Методичні рекомендації / Г. В. Кукуруза, А. М. Кравцова, О. О. Близнюк, О. М. Мохнач, Л. В. Болгова. – К. : Держсоцслужба, 2008. – 28 с.
115. Ратынская Т. М., Рязанова А. В. Помощь семье, воспитывающей ребенка с нарушениями развития /

- Т. М. Ратынская, А. В. Рязанова // Особый ребенок. – 2006. – Вып. 5. – С. 52 – 64.
116. Резнік Г. О. Становище жінки в Українському суспільстві / Г. О. Резнік // Право. – 2001. – №8. – С. 16 – 19.
117. Розкриття ВІЛ-позитивного статусу : збірник статей і методичних рекомендацій / О. Д. Соловйова, О. М. Панфілова, О. І. Дружиніна та ін. – К. : КМВ ВБО „Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, 2009. – 144 с.
118. Романчук О. Неповносправна дитина в сім’ї та в суспільстві / О. Романчук. – Львів : Літопис, 2008. – 334 с.
119. Романюк М. Д. Міграції населення України за умов перехідної економіки : методологія і практика регулювання / М. Д. Романюк – Львів : Світ, 1999. – 292 с.
120. Рудий В. М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан і шляхи вдосконалення / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2003. – 178 с.
121. Савин Ю. В. Социальная работа в воинской среде: сущность, перспективы, резервы / Ю. В. Савин // Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт / Под ред. Т. Ф. Ярковой и В. Г. Бочаровой. – Т. 1. – Москва-Тула, 1993. – С. 292 – 300.
122. Семигіна Т. В. Теорії і методи соціальної роботи : підручник для студ. вищ. навч. закл. / Т. В. Семигіна, І. І. Мигович. – К. : Академвидав, 2005. – 328 с.
123. Синдром приобретённого иммунодефицита. Возможные механизмы взаимодействия вируса иммунодефицита человека с клетками организма / Б. И. Веркин, Ю. Л. Волянский, Л. М. Марчук и др. – Харьков : Высшая школа, 1988. – 263 с.
124. Скуратівський В. А., Палій О. М., Лібанова Е. М. Соціальна політика / В. А. Скуратівський, О. М. Палій, Е. М. Лібанова – К. : Вид-во УАДУ, 1997. – 360 с.
125. Словник-довідник для соціальних педагогів і соціальних працівників/ Заг. ред. А. Й. Капська, І. М. Пінчук, С. В. Толстоухова. – К. : ДЦССМ, 2000. – 260 с.
126. Социальная работа / Под общ. ред. проф. В. И. Курбатова – Ростов н /Д : „Феникс”, 2000. – 576 с.
127. Социальная работа по предупреждению торговли людьми и оказанию помощи потерпевшим : учебно-практическое пособие / Е. Б. Левченко, И. Н. Трубавина, Т. О. Дорошок и

- др. – К. : Украинский ин-т социальных исследований, 2001. – 182 с.
128. Социальная работа с военнослужащими и членами их семей / Под общ. ред. И. А. Липского. – М. : ВУ, 1996. – 234 с.
  129. Социальная работа с пожилыми людьми. Настольная книга специалиста по социальной работе. / Отв. ред. Е. И. Холостова. – М. : Институт социальной работы, 1996. – 267 с.
  130. Социально-психологическая помощь семьям и детям группы риска: практическое пособие : в 4 т. / Дж. Райкус, Р. Хьюз. – М. : Эксмо, 2009. – 288 с.
  131. Соціальна педагогіка : підручник. 4-те вид. виправ. та доп. / За ред. проф. А. Й. Капської. – К. : Центр навчальної літератури, 2009. – 488 с.
  132. Соціальна педагогіка: теорія і технології: Підручник / За заг. ред. І. Д. Звереві. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 316 с.
  133. Соціальна профілактика торгівлі людьми : навч.-метод. посіб. / За ред. К. Б. Левченко, І. М. Трубавіної. – К. : Держсоцслужба, 2005. – 344 с.
  134. Соціальна робота в Україні : навч. посібник / За заг. ред. І. Д. Звереві, Г. М. Лактіонової – К. : Науковий світ, 2003. – 233 с.
  135. Соціальна робота в Україні : теорія та практика : посібник для підвищення кваліфікації працівників соціальних служб для молоді. 4-а частина / За ред. доц. А. Я. Ходорчук – К. : ДЦССМ, 2003. – 272 с.
  136. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; За заг. ред. І. Д. Звереві, Г. М. Лактіонової. – К. : Наук. світ, 2003. – 233 с.
  137. Соціальна робота з дітьми та молоддю : проблеми, пошуки, перспективи / За заг. ред. І. М. Пінчук, С. В. Толстоухові – К. : УДЦССМ, 2000. – 276 с.
  138. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: науково-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи / С. Я. Харченко, М. С. Кратінов,

- Л. Ц. Ваховський, В. О. Кратінова, О. П. Песоцька, О. Л. Караман. – Луганськ : „Альма-матер”, 2003. – 198 с.
139. Соціальна робота як професійна діяльність. Вип. 3. Форми і методи соціальної роботи з людьми похилого віку / Упор. Т. Семигіна, Н. Кабаченко – К. : Київський ін-т соціальн. та общинних працівників, 2002. – 24 с.
140. Соціальна робота: технологічний аспект / За ред. проф. А. Й. Капської. – К. : ДЦССМ, 2004. – 364 с.
141. Соціальний супровід неблагополучної сім'ї. Науково-методичні матеріали / І. М. Трубавіна. – К. : ДЦССМ, 2003. – 86 с.
142. Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах: навчально-тренінговий модуль із підготовки спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді / за ред. І. Д. Звереві, Ж. В. Петрочко. – К. : Держсоцслужба, 2008. – 300 с.
143. Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах: Методичний посібник / І. Д. Зверева, Ж. В. Петрочко та ін. – К. : Держсоцслужба, 2006. – 104 с.
144. Соціальні служби родині: Розвиток нових підходів в Україні. (перевидання) / За ред. І. М. Григи, Т. В. Семигіної. – К. : „Інтас”, 2003. – 128 с.
145. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навч.-метод. посіб. для соц. педагогів і соц. працівників / За ред. проф. А. Й. Капської. – К. : ДЦССМ, 2003. – 168 с.
146. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю. Навч. посібник / І. М. Трубавіна. – К. : ДЦССМ, 2003. – 132 с.
147. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми трудових мігрантів : навч.-метод. посібник / За ред. К. Б. Левченко, І. Н. Трубавіної, І. І. Цушка – К. : ФОП „Купріянова”, 2007 – 240 с.
148. Соціально-педагогічні технології: Навч.-метод. посіб. для студ. ун-ту / С. Я. Харченко, Н. П. Краснова, Л. П. Харченко. – Луганськ : „Альма-матер”, 2005. – 447 с.
149. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами. – К. : Держсоцслужба, 2005. – 108 с.
150. СПИД в вопросах и ответах / Под ред. Н. Недзельского. – М. : просветительский центр „ИНФО-плюс”, 2002. – 103 с.

151. Степаненко В. А. Эпидемиология ВИЧ/СПИДа в Украине : социально-демографический аспект. Программа развития ООН / В. А. Степаненко – К. : Министерство здравоохранения Украины, 2000. – 52 с.
152. Теория и методика социальной работы / Под ред. акад. В. И. Жукова. – М. : Союз, 1994. – 326 с.
153. Теория и методика социальной работы / Под ред. П. Д. Павленка. – М. : ГАСБУ, 1993. – 198 с.
154. Терницькая С. Теоретическіе основи профілактики ВИЧ/СПИДа среди учащейся молодежи / С. Терницькая // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2007. – № 2. – С. 46 – 53.
155. Технологии социальной работы : учебник / Под общ. ред. проф. Е. И. Холостовой. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 400 с.
156. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Учеб. пособие / Под ред. проф. П. Д. Павленка. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 379 с.
157. Технологии социальной работы с различными группами населения: Учебное пособие / Под ред. проф. П. Д. Павленка. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 272 с.
158. Технология социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. И. Г. Зайнышева. – М. : Гуманит. Изд.ю центр ВЛАДОС, 2002. – 240 с.
159. Технология социальной работы : учебник / Под. общ. ред. проф. Е. И. Холостовой. – М. : ИНФРА-М., 2004. – 400 с.
160. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник / С. В. Толстоухова, О. О. Яременко, О. В. Вакуленко та ін. – К. : ДЦССМ, Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 88 с.
161. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями: Інформаційно-методичний збірник. – К. : ДЦССМ, 2003. – 335 с.
162. Технології соціально-педагогічної роботи: Навч. посібник / За заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К. : Логос, 2000. – 375 с.
163. Ткачева В. В. Консультирование семьи воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 2. – С. 81 – 87.

164. Трубавіна І. М. Консультування сім'ї. Науково-методичні матеріали. Ч. І. – К. : ДЦССМ, 2003. 88 с.
165. Трубавіна І. М. Соціально-педагогічна робота із сім'єю в Україні: теоретико-методичні основи / І. М. Трубавіна. – Соціальний педагог. – 2010. – серпень 8(44). – С. 21 – 31.
166. Тюпля Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. посіб. – К. : Знання, 2008. – 574 с.
167. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы : учеб. пособие / М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова – М. : Гуманит. изд. центр – „ВЛАДОС”, 2001. – 432 с.
168. Фомін С. Глобалізація та її наслідки для міграційних процесів України / С. Фомін // Політика і час. – 2004. – №7. – С. 62 – 73.
169. Формування прихильності до антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей : навч. посібник для викладачів / М. Л. Аряєв, Н. В. Котова, О. О. Старець – К. : ПП „Март”, 2006. – 142 с.
170. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти : програма тренінгу / А. М. Бойко, А. О. Войтюк, О. А. Виноградова та ін. – К. : АТМ, 2009. – 76 с.
171. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учеб. пособие / Е. И. Холостова. – 2-е изд. – М. : Дашков и К, 2003. – 295 с.
172. Чайкина Н. А. СПИД: чума XX века / Н. А. Чайкина, В. М. Клевакин. – СПб. : Питер, 1989. – 247 с.
173. Чумак Г. Торгівля жінками та міжнародне право / Г. Чумак – К. : Наукова думка, 1999. – 216 с.
174. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи : навч. посіб. / В. М. Шахрай – К. : Центр навчальної літ-ри, 2006. – 464 с.
175. Шевелев А. С. СПИД – загадка века / А. С. Шевелев. – М. : Советская Россия, 1991. – 168 с.
176. Яременко О. О., Толстоухова С. В., Левін Р. Я. Типова технологія соціальної роботи з клієнтами / О. О. Яременко, С. В. Толстоухова, Р. Я. Левін. – Режим доступу до статті : [www.nbu.gov.ua/portal/soc.../indeksnuj.htm](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc.../indeksnuj.htm)
177. Яцемирская Р. С, Беленькая И. Г. Социальная геронтология. Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 1999. – 224 с.

Навчально-методичне видання

**КРАСНОВА Наталія Павлівна**  
**ХАРЧЕНКО Людмила Павлівна**  
**ПІГДА Віра Миколаївна**  
**ЮРКІВ Ярослава Ігорівна**

**СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА  
РОБОТА З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ КЛІЄНТІВ**

*Навчально-методичний посібник*

За редакцією авторів  
Комп'ютерна верстка – Юрків Я. І.  
Коректор – Ніколаєнко І. О.

---

Здано до склад. 24.08.2010 р. Підп. до друку 24.09.2010 р.  
Формат 60x84 1/16. Папір офсет. Гарнітура Times New Roman.  
Друк ризографічний. Ум. друк. арк. 23,72. Наклад 300 прим. Зам. № 134.

---

***Видавець***

**Видавництво Державного закладу**  
**„Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”**  
вул. Оборонна, 2, м. Луганськ, 91011. т/ф: (0642) 58-03-20.  
e-mail: alma-mater@list.ru  
*Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3459 від 09.04.2009 р.*

***Виготовлювач***

**Видавничо-поліграфічний центр ТОВ „Елтон-2”**  
вул. Коцюбинського, 2/2, м. Луганськ, 91016. Тел./ факс: (0642) 55-19-83