

Український фонд «Благополуччя дітей»
(нова назва Християнського дитячого фонду)
Центр з проблем соціальної педагогіки
та соціальної роботи АПН України
та Луганського національного педагогічного
університету імені Тараса Шевченка

Основи громадського здоров'я: теорія і практика

Навчально-методичний посібник

Рецензенти:

Харченко С. Я. – доктор педагогічних наук, професор
Карагодіна О. Г. – доктор медичних наук, професор
Заверико Н. В. – кандидат педагогічних наук, доцент

Авторський колектив:

Авельцева Т.П. (2.1, 2.3, 2.4), Басюк Т.П. (1.4), Безпалько О.В., док. пед. наук (вступ, 2.2), Журавель Т.В. (2,5, 2.7), Зимівець Н.В. (1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4), Лях Т.Л. (2.5), Молочний В.В. (2.1), Радчук Г.К., канд. психол. наук (2.8), Тіунова О.В. (2.8).

Рекомендовано

Вченою радою Луганського національного педагогічного університету імені Тараса Шевченка (протокол №8 від 29.02.2008 р.)

Проект фінансується Європейським Союзом



Видання підготовлено в рамках проекту «Покращення громадського здоров'я шляхом підвищення потенціалу місцевих громад», що фінансується Європейським Союзом за програмою Tasic «Розвиток інституційного партнерства» (IBPP). Думки, висловлені в посібнику, належать авторам, за винятком тих, на які є посилання, і не обов'язково відображають погляди Європейської Комісії.

У075 Основи громадського здоров'я: теорія і практика. Навчально-методичний посібник/За заг. ред О. В. Безпалько. – Ужгород.: ВАН «Патент», 2008. – 322 с.

ISBN 978-966-8760-43-3

У посібнику розглянуто концептуальні засади громадського здоров'я та представлено окремі технології просвітницької роботи з різними цільовими групами щодо його покращення.

Посібник розрахований на спеціалістів-практиків – соціальних педагогів, соціальних працівників, практичних психологів, медичних працівників, представників органів місцевого самоврядування та виконавчої влади, неурядових організацій, студентів відділень соціальної педагогіки/соціальної роботи та всіх, хто дотичний до проблеми покращення громадського здоров'я.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	
1.1. Сутність громадського здоров'я	7
1.2. Концепція сприяння покращенню громадського здоров'я	18
1.3. Планування програм сприяння покращання громадського здоров'я	35
1.4. Моніторинг та оцінка діяльності з покращення громадського здоров'я	45
РОЗДІЛ II. ТЕХНОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ)	
2.1. Теоретико-методичні засади сприяння здоров'ю	55
2.2. Оцінка потреб громади у сфері здоров'я	79
2.3. Формування політики щодо сприяння здоров'ю у місцевих громадах	105
2.4. Соціальні рекламно-інформаційні кампанії сприяння покращанню здоров'я	123
2.5. Використання інтерактивних методів у програмах з формування здорового способу життя дітей та молоді	152
2.6. Освітні програми з питань репродуктивного здоров'я підлітків та молоді	216
2.7. Репродуктивне здоров'я підлітків	271
2.8. Конструктивна взаємодія батьків і дітей як основа їхнього фізичного та психічного здоров'я	308

*Здоров'я не купиш —
його розум дає.
(Народна мудрість)*

ВСТУП

Одним із найпоширеніших побажань серед людей є побажання здоров'я. Ще тисячі років тому лікар і філософ Авіценна стверджував, що головним скарбом життя є не завойовані землі, не багатства, а здоров'я. Протягом усього часу існування людства однією з першочергових його проблем була проблема збереження здоров'я та продовження тривалості життя.

У кожній людині закладений певний потенціал — «зерна здоров'я». Проте подібно тому, як одне й те ж саме зерно дає різні сходи залежно від того, в який ґрунт воно потрапляє, так і цей потенціал може бути реалізований кожною людиною по-різному, залежно від її індивідуальних особливостей і тих соціальних умов, в яких формується особистість.

Поняття «здоров'я» неможливо сформулювати однозначно. Зараз налічується понад 400 визначень цього поняття. Проте жодне з них не може розкрити його зміст у повному обсязі.

У давні часи здоров'я визначали як відсутність хвороб. Проте життя не стоїть на місці. Часи змінюються, і людина змінюється разом із ними. Сучасну людину вже не влаштовує тільки відсутність хвороб, що само по собі вже добре. Поняття про здоров'я трансформувалося в більш широке уявлення про людину як істоту, більш соціальну, ніж біологічну. Воно збагатилося таким поняттям, як «благополуччя». Оскільки в сучасному світі зовсім недостатньо не

мати захворювань, а треба бути ще й благополучним у певних відношеннях.

Розуміння поняття «благополуччя» торкається всіх сторін життя людини. Людина знаходиться в стані повного благополуччя, коли гармонійно поєднуються фізичні, соціальні, психічні, інтелектуальні, духовні, емоційні та інші складові її життя. Рівень цих складових значною мірою обумовлений як різними факторами соціального середовища, так і станом здоров'я інших людей. Тому в сучасних умовах стан здоров'я окремої людини опосередкований загальним рівнем громадського здоров'я як необхідна умова суспільного розвитку.

Саме такий концептуальний підхід покладено в основу змістовно-структурної побудови пропонованого навчального посібника, який складається із двох частин: теоретичної та практичної.

У теоретичній частині представлено сучасні підходи до визначення сутності поняття «громадське здоров'я», концептуальні засади щодо сприяння покращенню громадського здоров'я, охарактеризовано особливості моніторингу та оцінки цього процесу.

Друга частина посібника є спробою розробки технологічного забезпечення наукових підходів щодо покращення здоров'я на рівні особистості, сім'ї, громади, викладених у першому розділі. Тому вона містить методичні матеріали для проведення практичних занять, семінарів чи тренінгів для практиків соціальної сфери, представників місцевої влади, громадських організацій, учнівської молоді, батьків.

Всі заняття, подані у другій частині, побудовані за єдиною структурою. Організаційна частина кожного заняття може містити такі компоненти: вправа на знайомство, визначення правил групової роботи та очікувань учасників. Інтерактивні форми роботи, які запропоновані для кожного заняття, є своєрідним вектором щодо розгляду та обговорення окремих проблем означеної теми. Матеріали, подані після кожного заняття, дають можливість користувачу розширити своє інформаційне поле щодо окремих питань.

Всі матеріали, подані у другій частині посібника, пройшли апробацію під час тренінгів та семінарів, які проводилися у рамках проекту «Покращення громадського здоров'я шляхом підвищення потенціалу місцевих громад» (2006-2008 р.р.) Українського фонду «Благополуччя дітей» у містах Бердичів, Сарни, Кривий Ріг.

Теоретична частина містить матеріали зарубіжних авторів, які були надані міжнародним консультантом проекту Ендрю Роджерсом, директором програм з питань громадського здоров'я Primary Care Trust, Bury, головою Наглядової ради громадської організації Growndwork Bury (м. Бері, Велика Британія).

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність громадського здоров'я

Здоров'я населення країни – єдиний об'єктивний критерій суспільного розвитку, найважливіший ресурс суспільства й основа його процвітання. Здоров'я людини – це не тільки інтегральний показник соціального благополуччя, але й важлива складова забезпечення «сталого розвитку» – бажаної соціальної перспективи й мети для кожної країни та світової спільноти загалом. Саме тому питання здоров'я людини та здоров'я нації сьогодні виходять на перший план під час вирішення внутрішніх і зовнішніх завдань розвитку країни.

Здоров'я населення – медико-демографічна та соціальна категорія, що відображає фізичне, психологічне, соціальне благополуччя людей, які здійснюють свою життєдіяльність у визначених соціальних спільнотах [10].

Громадське здоров'я – це здоров'я населення, зумовлене комплексною дією соціальних, поведінкових і біологічних чинників [10].

Офіційним документом, у якому було зафіксовано значимість здоров'я як соціального явища, був статут «Охорона народного здоров'я», прийнятий в Англії у ХІХ ст. Саме в ньому вперше згаданий термін «громадське здоров'я».

Термін «громадське здоров'я» в науковій літературі з питань здоров'я використовують у вузькому та широкому значенні. Переклад з англійської терміну public health дозволяє трактувати його як громадське здоров'я та як громадська охорона здоров'я.

У вузькому значенні під громадським здоров'ям науковці розуміють здоров'я населення, яке проживає на певних територіях, у різних країнах, регіонах. «Громадське здоров'я – це сукупне здоров'я людей, що проживають на даній території або держави в цілому» [2 с.19].

Здоров'я – основна ознака, основна властивість будь-якої людської спільноти (наприклад, населення, яке про-

живає на тій або іншій території), що відображає як індивідуальні пристосовні реакції кожної окремої людини, так і здатність спільності найефективніше працювати, допомагати людям похилого віку та дітям, охороняти природу й таке інше, тобто здійснювати свої соціальні завдання, а також відтворювати та виховувати нові здорові покоління – виконувати свої біологічні функції.

У наукових працях, присвячених проблемі сприяння здоров'ю, вирізняють шість рівнів здоров'я світової спільноти, структурованих за кількісною ознакою – від окремого індивіда до людства загалом. Перший рівень – індивідуальний, здоров'я окремої людини. «Другий рівень визначається як рівень здоров'я певної групи людей. Третій рівень – рівень здоров'я організації. Четвертий рівень здоров'я – здоров'я громади. П'ятий рівень – рівень країни, і останній, шостий, – рівень всього світу» [11].

Всі ці рівні взаємозалежні та взаємодетерміновані, оскільки благополуччя окремого індивіда можливе лише при благополуччі певної значимої для нього групи (сім'я), благополуччі організації, у якій він працює, благополуччі громади, де він проживає, благополуччі країни та всього Всесвіту.

Громадське здоров'я (Public Health as resource) – медико-соціальний ресурс, найважливіший економічний і соціальний потенціал країни, обумовлений дією різних чинників довкілля та способу життя населення, що дозволяє забезпечити оптимальний рівень якості й безпеки життя людей. Його покращення сприятиме збільшенню тривалості та якості життя, благополуччю людей, гармонійному розвитку окремої людини та суспільства [4].

Базова ознака індивідуального та громадського здоров'я – благополуччя. Поняття «благополуччя» було вибрано як критерій здоров'я тому, що благополуччя та відчуття благополуччя вельми значущі для будь-якої людини та в буденній свідомості існують об'єктивні показники благополуччя [6, с.120-121].

Науковці трактують поняття «благополуччя» по-різно-

му. На думку Л. Леві, «благополуччя – це стан розуму, який встановлює гармонію між здібностями, потребами, очікуваннями людини і вимогами, що пред'являє до неї середовище» [7, с. 86]. М. Мюррей, В. Еванс та інші визначають благополуччя як багатофакторний конструкт, що передає складний взаємозв'язок культурних, соціальних, психологічних, фізичних, економічних і духовних чинників. Цей складний продукт – результат впливу генетичної схильності середовища і особливостей індивідуального розвитку» [13].

Л. П. Куликов розглядає «суб'єктивне благополуччя як узагальнене і відносно стійке переживання, що має особливу значущість для особи» [6]. Як вважає автор, у суб'єктивному благополуччі (загалом і в його складових) доцільно виділяти два основні компоненти: когнітивний (рефлексія) – уявлення про окремі сторони свого буття, й емоційний – домінуюче ставлення до окремих складових буття.

Фізичне благополуччя – це гарне фізичне самопочуття, тілесний комфорт, фізичний тонус, що задовольняє індивіда.

Соціальне благополуччя – це задоволеність особистості своїм соціальним статусом та станом суспільства, до якого особистість себе зараховує, задоволеність міжособистісними зв'язками, відчуття спільності. Відчуття соціального благополуччя ґрунтується на таких параметрах соціальних стосунків, як соціальна інтеграція, прихильність, можливість кого-небудь виховувати та рости, отримання підтвердження своєї значущості, відчуття надійності партнерів по спілкуванню.

Духовне благополуччя – відчуття причетності до духовної культури суспільства, усвідомлення та переживання сенсу життя, наявність віри, можливості залучатися до багатств духовної культури.

Психологічне благополуччя – відчуття внутрішньої рівноваги, злагодженість психічних процесів і функцій [6].

Уявлення про власне благополуччя чи благополуччя ін-

ших людей, його оцінка спираються на об'єктивні критерії якості життя.

Якість життя – категорія, за допомогою якої характеризують істотні обставини життя населення, що визначають ступінь гідності та свободи особистості кожної людини. ВООЗ виокремлює шість сфер, що характеризують основні, стрижньові аспекти якості життя, які проходять через призму культурних відмінностей кожної країни: фізична сфера, психологічна, рівень незалежності, самостійності, соціальні взаємозв'язки, навколишнє середовище й особисті погляди та уявлення/духовність. Сфери здоров'я та якості життя є взаємодоповнюючими і взаємодоблюючими [4].

Визначені як необхідні належні характеристики якості життя для конкретного індивідуума чи спільності (суспільства) визначають для них бажаний образ майбутнього та мають проектний характер, що й дозволяє їх використовувати як універсальний управлінський інструмент. Робота щодо визначення та реалізації заданої якості життя відбувається через законодавче введення стандартів (індексів) якості життя, які містять, як правило, три блоки комплексних індикаторів.

Перший блок індикаторів якості життя характеризує фізичне здоров'я населення та демографічне благополуччя, які оцінюють за рівнями народжуваності, тривалості життя, природного відтворення.

Другий блок відображає задоволеність населення індивідуальними умовами життя (достаток, житло, харчування, робота тощо), а також соціальну задоволеність положенням справ у державі (справедливість влади, доступність освіти й охорони здоров'я, безпека існування, екологічне благополуччя).

Третій блок індикаторів оцінює духовний стан суспільства. Рівень духовності визначається за характером, спектром і кількістю творчих ініціатив, інноваційних проєктів, а також за частотою порушень загальнолюдських етичних заповідей.

На думку Ю. П. Лисицина, громадське здоров'я – це не лише сукупність характеристик і ознак індивідуального здоров'я. Воно містить і соціально-економічні показники як результат соціально опосередкованих впливів, які виявляються через спосіб життя, людини, групи, населення; це характеристика однієї з найважливіших властивостей, якостей суспільства як соціального організму; складовий чинник внутрішнього валового продукту, функція та похідна суспільства [7, с. 4].

У різних країнах світу стан громадського здоров'я помітно відрізняється. Так, рівень, або якість, здоров'я жителів Японії високий, а в країнах Африки – низький. Якщо в країні якість громадського здоров'я достатня, то для кожного її жителя висока вірогідність мати впродовж всього життя хороше самопочуття та високу працездатність. Якість здоров'я також характеризує життєздатність всього суспільства як соціального організму та його можливості безперервного гармонійного зростання й соціально-економічного розвитку.

Для оцінки стану громадського здоров'я донедавна використовувалися традиційні показники, зокрема демографічні, показники інвалідності, показники рівня фізичного розвитку, захворюваності, тимчасової непрацездатності, смертності тощо. Найбільш об'єктивними вважаються такі: середня очікувана тривалість життя та дитяча смертність (смертність дітей у віці до 1 року на 1000 новонароджених).

Однак ці показники дають змогу оцінити тільки фізичний аспект громадського здоров'я і характеризують більше нездоров'я, ніж здоров'я. Експерти ВООЗ, спираючись на визначення показника здоров'я як «характеристики..., що підлягає вимірюванню (прямо або побічно) і може використовуватися для опису одного чи більш аспектів здоров'я населення», запропонували такі *індикатори громадського здоров'я*: ймовірна середня тривалість здорового життя при народженні, відсоток ВВП на охорону здоров'я, доступність первинної медичної допомоги, забезпеченість населення безпечним водопостачанням, відсоток осіб, які

піддані імунізації від інфекційних захворювань, стан харчування дітей, рівень освіченості дорослого населення, частка ВВП на душу населення [4]. Ці та інші позитивні показники здоров'я, індекс людського розвитку дають змогу визначити потенціал, яким володіє населення країни та від якого залежить розвиток суспільства.

Так, наприклад, аналіз співвідношення середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ) та валового внутрішнього продукту (ВВП) визначає пряму залежність між тривалістю життя та валовим внутрішнім продуктом: чим нижчі доходи на душу населення, тим менша тривалість життя.

Стан громадського здоров'я в нашій країні за даними індикаторами ВООЗ викликає занепокоєння. Так, відповідно до інформації за одним показником, ймовірна середня тривалість здорового життя при народженні, що визначається на основі середньої тривалості життя та коригується з урахуванням часу, витраченого на погане здоров'я, складає в Україні у чоловіків – 52,3 років, у жінок – 61,3 років (для порівняння у Швейцарія 70,4 і 73,7 рр. відповідно), що говорить про соціальну катастрофу [11].

Основні причини погіршення якості здоров'я населення в країні:

1. Відсутність пріоритетів громадського здоров'я в діяльності центральних та місцевих органів влади.
2. Недостатня відповідальність більшості населення за стан власного здоров'я, здоров'я своєї сім'ї та здоров'я оточуючих.

У практиці сприяння здоров'ю напрацьовано нову систему оцінювання – ICF (Міжнародна класифікація працездатності, неповноцінності та здоров'я). Стара система класифікації захворювань ICD (Міжнародна статистична класифікація захворювань та проблем здоров'я) була реєстрацією причин смерті. Нова класифікація ICF була прийнята у травні 2001 року на Генеральній асамблеї ВООЗ після річного процесу обговорення 191-ю країною-учасницею.

Мета ICF – зробити вклад у поліпшення здоров'я кожного конкретного індивідуума чи груп населення, країн та системи охорони здоров'я. ICF виділяє такі пункти, як якість життя, соціальну справедливість та участь у суспільному житті, враховує фактори навколишнього середовища та фактор особистості [8]. Частковим аналогом індексу якості життя, що набув поширення і визнання, є індекс людського розвитку (ІЛР, human development indicator – HDI) або, за іншим перекладом, індекс розвитку людського потенціалу (ІРЛП), який використовує ООН з 1990 року.

Отже, громадське здоров'я – соціокультурний феномен, що передбачає необхідність системної, комплексної діяльності з проблем здоров'я. Вона має бути забезпечена системою наукових і практичних заходів зміцнення здоров'я, діяльністю структур, які їх реалізують, та усвідомленою турботою кожного члена суспільства про особисте та громадське здоров'я.

У більш широкому значенні під громадським здоров'ям мають на увазі організовані зусилля суспільства, спрямовані на поліпшення здоров'я, продовження та покращення якості життя всього населення.

Громадське здоров'я – знання та мистецтво попередження хвороб, зміцнення та продовження життя, здоров'я, фізичної і психологічної активності груп населення через спільну діяльність Winslow (1935 р.).

Уведення даного терміна в науковий обіг було обумовлене тим, що державна система охорони в жодній країні світу не в змозі вирішити всі проблеми громадського здоров'я, та необхідністю усвідомлення світовою спільнотою важливості участі кожного в покращенні громадського здоров'я.

Цей термін був прийнятий спеціалістами з питань сприяння здоров'ю також для того, щоб підкреслити суттєву різницю між охороною здоров'я та громадською охороною здоров'я.

У джерелах ВООЗ «public health» трактується як

«наука і мистецтво зміцнення здоров'я, профілактики хвороб і продовження життя шляхом організованих зусиль всього суспільства» [4, с. 2].

Громадська охорона (Public Health as system) здоров'я – система наукових і практичних заходів і структур медичного та немедичного характеру, що забезпечують їх; діяльність системи спрямована на реалізацію *концепції охорони та зміцнення здоров'я* населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя та працездатності за допомогою об'єднання зусиль суспільства [4].

У цьому визначенні наголошено на зусиллях усього суспільства, об'єднанні дій, спрямованих на покращення здоров'я всіма представниками громадянського суспільства.

Суть громадської охорони здоров'я полягає саме в організованих зусиллях суспільства, спрямованих на покращення здоров'я, і характеризується тим, що базується на комплексному розумінні того, як спосіб, умови життя та інші фактори визначають стан здоров'я. Акценти робляться на профілактиці здоров'я та створенні умов для досягнення як благополуччя окремої людини, так і всього суспільства на основі спільних дій і об'єднання зусиль всіх представників громадянського суспільства.

Поняття «громадська охорона здоров'я» розкриває процес досягнення громадського здоров'я як стану соціального благополуччя. Громадську охорону здоров'я можна охарактеризувати як управління громадським здоров'ям шляхом профілактичних і лікувальних заходів з метою зміцнення здоров'я та продовження життя людей шляхом організованих зусиль всього суспільства.

Американська асоціація громадської охорони здоров'я визначила п'ять основних принципів сучасної теорії і практики громадської охорони здоров'я [3]:

- колективна відповідальність за здоров'я і керівна роль держави у питаннях захисту та пропаганди здоров'я громадян;
- охоплення всіх груп населення;

- профілактика здоров'я;
- турбота про основні соціально-економічні фактори, які впливають на здоров'я;
- мультидисциплінарний підхід.

Громадська охорона здоров'я – це наука та конкретна діяльність з охорони зміцнення здоров'я населення, продовження життя шляхом мобілізації зусиль суспільства та проведення відповідних організаційних заходів на різних рівнях.

Сучасний предмет громадського здоров'я як галузі наукових знань перебуває на перетині багатьох природних і гуманітарних наук: медицини, екології, біології, соціології, економіки, психології, педагогіки, політики й управління, оскільки фахівці різних галузей сучасної науки об'єднують свої зусилля для розробки методів щодо збереження здоров'я населення.

Завдання практичної діяльності в галузі громадського здоров'я – це вивчення й оцінка стану здоров'я населення загалом і відмінностей у стані здоров'я між окремими його підгрупами, виявлення й оцінка тих чинників, що визначають здоров'я населення, а також розробка тих стратегій, методів і засобів, що дозволяють впливати на ці чинники.

Зміст громадського здоров'я коротко можна визначити так: здоров'я – це: довге життя (*наповнити життя роками*); бути здоровим якомога довше (*наповнити роки життям*), розвинути свій потенціал (*наповнити життя життям*).

Громадське здоров'я – соціокультурний феномен, що передбачає необхідність системної, комплексної діяльності з проблем здоров'я. Вона має бути забезпечена системою наукових і практичних заходів зміцнення здоров'я, діяльністю структур, які їх реалізують, та усвідомленою турботою кожного члена суспільства про особисте та громадське здоров'я.

? Запитання для самоконтролю

1. Що таке громадське здоров'я?
2. Що таке громадська охорона здоров'я?
3. У чому полягає взаємозв'язок між індивідуальним та громадським здоров'ям?
4. Назвіть показники оцінки рівня громадського здоров'я.

Література

1. **Апанасенко Г.Л.** Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб., 1992. – 123 с.
2. **Артюхина Г.П., Игнатъкова С.А.** Основы медицинских знаний: Здоровье, болезнь и образ жизни: Учебное пособие для высшей школы. – 3-е изд., перераб. – М., 2000. – 560с.
3. **Влияние** граждан и их организаций на систему здравоохранения: Международный опыт. – К., 2006. – 100 с.
4. **Глоссарий** терминов по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здоровья. – Женева, 1998. – 48 с.
5. **Карстер Д.** Что такое психическое здоровье?/ Здоровье мира, 1973, № 4. – С.24-29.
6. **Куликов Л.В.** Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. – СПб., 2004. – 464 с.
7. **Лисицын Ю.П., Сахно А.В.** Здоровье человека – социальная ценность. – М., 1989. – 270 с.
8. **Майкл Бопп.** Сприяння покращенню здоров'я в громаді. – К., 2005. – 45 с.
9. **Общественное** здоровье и экономика/Отв. ред. Б. Б. Прохоров. – М., 2007. – С.292.
10. **Общественное** здоровье и здравоохранение. Учебное пособие для студентов факультета медицинских сестер с высшим образованием. – Гродно, 2004.
11. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації/Упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В.

Крушельницький, Т.І. Мірошниченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К., 2003. – 95 с.

12. **Формирование** культуры здоровья обучающихся. Материалы межрегиональной конференции работников образования и здравоохранения, 7 декабря 2004 г. – Казань, 2005. – 140 с.

13. **Marks D., Murray M., Evans B., Willing C.** Health Psychology: Theory Research and Practice. – L., 2000. – P. 7-28.

1.2. Концепція сприяння покращанню громадського здоров'я

Проблему здоров'я міжнародна спільнота розглядає як одну з найважливіших глобальних проблем. Актуальність проблеми здоров'я в планетарному масштабі обумовлена не тільки якісними та кількісними характеристиками майбутнього розвитку людства, а й загрозою його подальшому існуванню як біологічного виду [11]. Імператив виживання стимулював світове співтовариство до розробки загальнолюдської планетарної стратегії – *сприяння покращанню здоров'я*, яка ставить вимогу виховання нової якості людини (ноосферної), нової свідомості (екологоцентричної), нової якості освіти (інтегративної), нового ставлення до здоров'я, побудованого на загальнолюдських цінностях [1,11].

Сприяння покращанню здоров'я визначено на міжнародній Бангкокській конференції з питань здоров'я у глобалізованому світі як «процес надання можливостей людям посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та його чинниками і тим самим покращувати його» [7, с.12].

Сприяння покращанню здоров'я – діяльність, яка необхідна для забезпечення здоров'я всіх людей планети; збільшує можливості людей як у підтримці здоров'я, так і у його покращенні.

Ця системна діяльність у світі має назву *Health promotion*. Переклад цього словосполучення дозволяє кілька тлумачень – сприяння здоров'ю, просування, заохочення до здоров'я, навчання здоров'ю, стимулювання, підтримка здоров'я, зміцнення здоров'я, популяризація здоров'я, пропаганда здоров'я, пропагування здоров'я, пропаганда здорового способу життя тощо.

У нашій країні для означення даної діяльності вживають вислів «формування здорового способу життя» (ФЗСЖ).

Базуючись на положеннях міжнародних документів [2, 4, 5, 7, 10, 11,12 15], якими нині керується світове співтовариство у діяльності з проблем здоров'я, та враховуючи

певну стереотипність сприйняття формування здорового способу життя серед спеціалістів соціальної сфери та населення, у багатьох джерелах вважають більш всеохоплюючим поняття «сприяння покращанню здоров'я» (англ. *Health promotion*).

Сприяння покращанню здоров'я – це багатоплановий всеосяжний соціальний і політичний процес, що охоплює не тільки дії, спрямовані на посилення умінь, навичок і потенційних можливостей людей, але й дії, спрямовані на зміну соціальних, екологічних і економічних умов з метою полегшення їхнього впливу на здоров'я населення, співтовариства та на здоров'я окремих людей [4].

Уперше концепція сприяння покращанню здоров'я була викладена в Оттавській Хартії на міжнародній конференції в Канаді у 1986 році. На наступних конференціях досліджувалася та допрацьовувалася основна тематика Оттавської Хартії щодо державної та громадської політики, яка сприяє збереженню та зміцненню здоров'я (Аделаїда, Австралія, 1988 р.); чинники й умови довкілля, що сприяють підтримці здоров'я (Сундсвал, Швеція, 1991 р.); оцінка процесу сприяння покращанню здоров'я; визначення нових пріоритетів зміцнення здоров'я, серед яких особлива увага була приділена посиленню соціальної відповідальності за здоров'я (Джакарта, Індонезія, 1997 р.); визначення заходів, зобов'язань та обітниць, необхідних для забезпечення чинників здоров'я в глобалізованому світі (Бангкок, Таїланд, 2005) [2, 4, 5, 7, 8, 9, 15]. Програмними для діяльності світової спільноти з питань здоров'я є також Програма ВООЗ «Здоров'я для всіх до 2000 року і далі», Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я – 21», Цілі розвитку тисячоліття (затверджені на Саміті тисячоліття, 2000 рік).

Сприяння покращанню здоров'я базується на системному, комплексному, цілісному підходах до охорони та зміцнення здоров'я окремої людини й суспільства загалом, на поєднанні санітарних заходів, охорони навколишнього середовища, зміцнення здоров'я населення, індивідуаль-

них і громадських профілактичних програм, передбачає координацію виконання на державному, регіональному та місцевому рівнях, державних і неурядових програм. Застосування цілісного підходу передбачає вияв турботи про фізичне, психічне, соціальне здоров'я, а також і про духовне здоров'я. Ключ до успіху в покращенні здоров'я населення – це узгоджена дія професіоналів та волонтерського сектора у співробітництві з державними та приватними організаціями, розвиток співпраці між різними секторами.

У концепції сприяння здоров'ю особливо виділяють певні, необхідні для забезпечення здоров'я передумови: мир, дах над головою, освіту, харчування, дохід (прибуток), стабільну екосистему, сталі ресурси, соціальну справедливість і рівність, соціальну захищеність, стабільні суспільні взаємини, повагу до прав людини, наділення рівними правами жінок, відсутність бідності.

Основоположні для процесу сприяння покращення здоров'я – це принципи сприяння покращенню здоров'я, фактори здоров'я, стратегії та напрямки сприяння здоров'ю.

Процес сприяння покращенню здоров'я базується на принципах *емансипації та позитивності, активізації потенціалу, участі, мережевої взаємодії/соціального підкріплення, відповідальності, партнерства, пристосування*. [2, 4, 5, 6,7,10, 12].

Принцип *емансипації* означає самовизначення в питаннях здоров'я та орієнтований на позитивний результат. В Оттавській Хартії підкреслено важливість самовизначення, самостійності та самопомоги як окремої особистості, так і груп людей у питаннях здоров'я. Для досягнення стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя людина або група людей повинні вміти й мати можливості, які дозволяють визначати та здійснювати свої бажання (очікування), задовольняти потреби, змінювати умови оточуючого середовища чи пристосовуватися до нього [4]. Зміцнення здоров'я нерозривно пов'язане з політичними, економічними, соціальними, біологічними та психологічними умовами людського існування. У різних

сферах діяльності можна розробити таку стратегію зміцнення здоров'я, яка дозволила б дати всім людям максимальну можливість самостійно визначитися стосовно власного здоров'я та докласти всі зусилля до того, щоб зміцнити його [4].

Принцип *активізації потенціалу* означає розширення можливостей життєвого самовизначення людини, встановлення контролю нею над власною свідомістю та способом життя. У стратегії активізації потенціалу виокремлюють такі складові: постійне підкріплення активного та позитивного світосприймання; розвиток здібностей і ресурсів, спрямованих на досягнення індивідуальних і суспільних цілей; придбання знань і навичок, які сприяють благополуччю [10, с. 12]

Принцип *участі* передбачає залучення особистості, груп, громади до процесу планування, підготовки проведення й оцінки програм і заходів сприяння покращенню здоров'я. Участь – поняття багатоаспектне та багатокомпонентне. Одна з його складових – громадська участь, тобто активні законні дії громадян, спрямовані на сприяння реалізації прав людини на здоров'я та досягнення загального благополуччя. Участь – це активне заангажування умів, серцець та енергії людей у процес їхнього власного зцілення та розвитку. З огляду на природу самого розвитку, очевидним є таке твердження: якщо немає значущої й ефективною участі, немає й розвитку [4].

В основу принципу *мережевої взаємодії* (інша назва соціального підкріплення) покладена взаємодія між окремими особами. Соціальні мережі здійснюють афективне, інструментальне та когнітивне підкріплення, допомагають збереженню соціальної ідентичності та сприяють встановленню соціальних зв'язків [12]. Цей принцип забезпечує багатовимірне підкріплення, яке може бути виражене в матеріальному підкріпленні (безпосередня матеріальна чи фінансова допомога); інформаційному підкріпленні (надання знань, досвіду та рекомендацій, які допоможуть краще вирішити певну проблему); підкріпленні самооцінки (за-

безпечення взаємодії, яка служить для поліпшення оцінки власної особи та кращого розуміння проблеми); емоційному підкріпленні (вираз почуттів, які дозволяють індивідові зрозуміти, що його люблять і цінують, що він потрібний, що йому вірять і про нього піклуються).

Принцип *відповідальності* передбачає особисту та соціальну відповідальність за дії, рішення, які здійснюють особа, організація стосовно проблем здоров'я. Здійснювані державними та приватними секторами політика/стратегія та практика, дії окремої людини повинні уникати спричинення збитку *здоров'ю* людей; сприяти охороні довкілля та забезпечувати раціональне й обґрунтоване використання ресурсів [4].

Принцип *приспосовання* означає, що програми, які реалізуються, повинні бути пристосовані до потреб людей, базуватися на визначенні факторів здоров'я та враховувати місцеві особливості [11].

Принцип *партнерства* має за мету об'єднання зусиль різних партнерів для сприяння покращенню здоров'я. Партнерство в даному контексті – це добровільна угода чи домовленість між двома або більше партнерами для співпраці з метою досягнення ряду загальних і таких, що розділяються цими партнерами, результатів стосовно здоров'я. Принцип партнерства передбачає, що всі партнери (громадяни, установи й інші сторони) несуть повну відповідальність і діють «на рівних» у ході реалізації намічених заходів щодо покращення здоров'я.

Громадське здоров'я обумовлене комплексною дією соціальних, поведінкових, біологічних та інших детермінантів.

Детермінанти здоров'я в глосарії ВООЗ розглядаються як комплекс індивідуальних, соціальних, економічних і екологічних факторів, що визначають стан здоров'я окремих людей і контингентів або груп населення.

Здоров'я не може бути досягнуте повністю, доки люди не здатні контролювати фактори, що обумовлюють здоров'я, та керувати ними [4].

Фактори здоров'я – чинники та умови, що впливають на здоров'я людини. Вони не є ізольованими один від одного та мають складну взаємодію між собою.

Існують різні підходи до класифікації факторів здоров'я.

Запропонована Далгренем і Вайтгедом (Dahlgren and Whitehead) у 1991 році так звана «райдуга факторів» створює можливість їх наочного представлення у вигляді схеми, показує їхній взаємовплив та слугує матрицею під час розробки політики та програм сприяння здоров'ю [14].



Рис. 1. Модель факторів здоров'я

Загальні соціально-економічні, культурні та екологічні умови містять: безпечні екосистеми та сталі взаємини між людьми та природою, цінності та правила суспільства, культурну цілісність та ідентичність, гордість за спадщину та традиції, доступ до надбань минулого та їх використання, політику та економіку.

Умови життя та роботи: освіта, умови праці, умови проживання, доступ до медичних послуг та їхня якість, система мінімального соціального захисту, водопостачання, сільське господарство, виробництво продуктів харчування, можливість працевлаштування. Зазначимо, що один із найважливіших факторів, які впливають на здоров'я, – *освіта*. Формальна освіта у навчально-виховних закладах чи

неформальна – у родині, громадах, суспільстві – поліпшує можливості працевлаштування, підвищення доходу, соціального статусу й озброює людей навичками досягнення благополуччя, подолання особистих та суспільних проблем [12].

Соціальні мережі та мережі співтовариств – це солідарність, соціальна підтримка родини, друзів, місцевої громади; міцні сім'ї, свобода від страху, форм насильства як у родині, так і в усіх інших аспектах колективного життя людей громади. Мережа соціальної підтримки – це люди, які в разі необхідності можуть, бажають і здатні потенційно надати допомогу особистості [12]. Соціальна стабільність, хороші взаємини та згуртованість громад забезпечують багато в чому благополуччя країни.

Особистий спосіб життя містить ставлення до здоров'я, навички досягнення благополуччя, адаптації до середовища, яке швидко змінюється. Вибір ставлення до здоров'я – це особисте рішення, що безпосередньо впливає на здоров'я людини. Властивості особистості, навички, якими володіє людина, – найважливіші чинники здоров'я. Даному фактору присвячено багато досліджень. Так, наприклад, відсутність мотивації до самопізнання, саморегулювання та саморозвитку створює основу для алекситимії – схильності до психосоматичних захворювань.

Відповідно до філософського принципу детермінізму зовнішні причини завжди діють тільки через внутрішні умови. Численні експериментальні дослідження підтверджують, що одні й ті ж фактори й умови діяльності можуть негативно, позитивно чи нейтрально впливати на здоров'я. Це залежить від індивідуально-психологічних особливостей людини, у тому числі й від особливостей її ставлення до здоров'я.

Вік, стать, особливості організму, етнічні особливості – сукупність незалежних від волі людини зовнішніх і внутрішніх особливостей організму, що успадковані від батьків. Однак слід зазначити: уява про ці чинники як такі, що є сталими, поступово змінюється. Спростовується теза, що

гарна особиста біологія та генетика – це вже запорука здоров'я, незалежно від поведінки, а гірша спадковість неодмінно спричинить хвороби [11].

Представлена модель факторів здоров'я – основа для визначення причин та проблем у сфері здоров'я для розробки політики та програм сприяння покращенню здоров'я.

Принципове положення концепції сприяння покращенню здоров'я – розробка комплексного впливу на фактори здоров'я. Такий підхід враховує те, що громадське здоров'я – це наслідок взаємодії всіх визначених факторів здоров'я разом, що передбачає конкретні дії з метою їх удосконалення.

Науковці переважно виокремлюють три стратегії сприяння покращенню здоров'я: *захист, активне відстоювання, просування здоров'я* для створення основних, найбільш істотних передумов для здоров'я; *надання всім людям можливості* досягти та реалізувати повністю свій потенціал здоров'я; *здійснення посередництва* між різними інтересами в суспільстві для забезпечення та досягнення здоров'я.

Захист, відстоювання, просування здоров'я – це поєднання дій і заходів на індивідуальному та суспільному рівнях для досягнення прихильності й зацікавленого ставлення з прийняттям відповідних зобов'язань в «політико-стратегічному» плані, підтримки відповідного прийняття суспільством і системної підтримки конкретної здоров'язберігаючої мети чи програми [4].

Такі дії та заходи можуть виконуватися окремими людьми та групами чи від їхнього імені для забезпечення передумов і створення умов життя, що сприяють здоров'ю. Дана стратегія може реалізуватися в різних формах, включаючи використання засобів масової інформації, пряме політичне лобювання, а також мобілізацію громадськості й широких мас населення через, наприклад, об'єднання зусиль і загальну зацікавленість у вирішенні певних проблем і питань, проведення соціальних рекламних кампаній.

Надання всім людям можливості досягти та реалізувати повністю свій потенціал здоров'я здійснюється через забезпечення реальних ресурсів і умов для здоров'я, що дають індивідууму не просто можливість упевненого існування (тобто безпечного та підтримуючого середовища), а й відкривають йому можливості для навчання та розвитку, більшого контролю над рішеннями й діями, що впливають на їхнє здоров'я [4].

Забезпечення індивідуальних можливостей стосується перш за все здатності особистості приймати рішення і контролювати своє життя. Забезпечення необхідних реальних можливостей і правомочності на громадському рівні передбачає сумісні, колективні дії людей для отримання можливостей впливу та контролю над детермінантами здоров'я та якістю життя в своїй спільноті.

Здійснення *посередництва* передбачає узгодження різних інтересів (особистих, соціальних, економічних) окремих людей, громад/країн, контингентів населення, а також різних секторів (державного/ громадського та приватного) з цілями охорони та зміцнення здоров'я [4].

Ці стратегії підтримуються та забезпечуються *п'ятьма напрямками пріоритетної діяльності* сприяння покращенню здоров'я:

- формування політики, сприятливої для здоров'я;
- створення сприятливого середовища для здоров'я;
- підвищення спроможності, посилення дій суспільства, громади в напрямку покращення здоров'я;
- розвиток особистих навичок людей діяти на користь власного та громадського здоров'я;
- переорієнтація служби охорони здоров'я.

Міжнародною спільнотою запропонована план-схема змін з метою сприяння здоров'ю. У ній діяльність із сприяння здоров'ю розглядають як єдиний взаємопов'язаний і взаємозалежний процес [8].

Під керівництвом експерта зверху вниз

<p>ОСВІТА ЗАРАДИ ЗДОРОВ'Я</p> <p>Повинна бути спрямована на забезпечення збільшення спроможності людей зробити правильний вибір, посилювати контроль за здоров'ям, вчитись вмінням та навичкам спрямовувати зусилля на власне благополуччя, на створення здорового середовища.</p>	<p>ЗАКОНОДАВСТВО ТА ПОЛІТИКА ЗАРАДИ ЗДОРОВ'Я</p> <p>Механізми, які стимулюють дії, спрямовані на покращення здоров'я населення.</p>
<p>Зміна особистої поведінки</p>	<p>Структурні зміни чи зміни середовища</p>
<p>РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ ЗАРАДИ ЗДОРОВ'Я</p> <p>Збільшення можливостей людей через освіту та особистий розвиток щодо сприятливого вибору здорового способу життя</p>	<p>РОЗВИТОК ПОТЕНЦІАЛУ ГРОМАДИ ЗАРАДИ ЗДОРОВ'Я</p> <p>Залучення громади, населення міста до прийняття рішень, від яких залежить стан громадського здоров'я, до вирішення проблем, які заважають змінам на краще.</p>

Під керівництвом людей знизу вверх

Рис. 2. План-схема змін з метою сприяння здоров'ю

Законодавство та *політика заради здоров'я* – це механізми, які стимулюють дії, спрямовані на покращення здоров'я. Як зазначено в глосарії ВООЗ, *політика заради здоров'я* – це офіційна, формальна декларація або процедура в установах, державних організаціях, громадах, сім'ях, що дозволяє визначити пріоритет і параметри діяльності в порядку реагування на потреби здоров'я [4]. Основна мета здорової громадської / державної політики – це створення середовища, яке підтримує, сприяє та дозволяє людям вести здорове життя [4]. Вона повинна

спонукати уряд до керування галузями промисловості, транспорту, інших комунікацій, освіти, торгівлі тощо так, щоб передбачити узгодження галузевих рішень із потребами громадського здоров'я та нести відповідальність у разі виникнення негативних наслідків. Керівники організацій, незалежно від форм власності, повинні брати до уваги міркування щодо здоров'я під час прийняття рішень не меншою мірою, ніж міркування економічного зиску [4].

Політика сприяння здоров'ю поєднує різноманітні, але взаємодоповнюючі підходи, включаючи законодавчі, фінансові заходи й організаційні зміни.

Освіта заради здоров'я, за визначенням ВООЗ, передбачає свідомо сформульовані можливості для набуття знань, включаючи ту чи іншу форму комунікації, спрямовану на поліпшення інформованості з питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань, і розробку життєвих умінь та навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і населення співтовариства загалом [4]. Освіта заради здоров'я передбачає також розвиток, посилення мотивації, упевненості (у власній ефективності), необхідних для діяльності на покращення здоров'я, включає інформування, що стосується основоположних соціально-економічних і екологічних факторів, які впливають на здоров'я.

Інформованість (обізнаність, компетентність) з питань здоров'я і його охорони передбачає пізнавальні та соціальні уміння та навички, визначальну мотивацію та здатність окремих людей отримувати доступ до інформації, розуміти й використовувати її так, щоб це сприяло зміцненню та підтримці хорошого здоров'я [4].

Освіта заради здоров'я повинна бути спрямована на збільшення спроможності людей зробити правильний вибір, посилювати контроль за здоров'ям, учитись вмінням та навичкам спрямовувати зусилля на власне благополуччя, на створення здорового середовища.

Розвиток особистості заради здоров'я передбачає усвідомлення людиною особистої відповідальності за його стан,

напрацювання умінь для посилення контролю за визначальними чинниками здоров'я, розвиток персональних навичок людей діяти на користь власного та громадського здоров'я. Стратегічним є збільшення можливостей людей щодо сприятливого вибору стосовно здоров'я.

Підтримка особистісного розвитку здійснюється через забезпечення інформацією, освіту та вдосконалення *життєвих навичок*, створення можливостей безперервного навчання та вдосконалення в усіх аспектах життя, у такий спосіб підвищуючи можливості людей посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та довкіллям і робити вибір, що сприяє здоров'ю, а також через створення можливостей щодо посилення участі в житті громадянського суспільства.

Життєві уміння та навички – це спроможність до адаптивної й позитивної поведінки, що дозволяє людям ефективно справлятися з вимогами та проблемами, труднощами повсякденного життя.

Розвиток потенціалу громади заради здоров'я забезпечує залучення громади до прийняття рішень, від яких залежить стан громадського здоров'я, до вирішення проблем, які заважають змінам на краще. Центральним у даному процесі є посилення та активізація ролі співтовариств, їх причетність до процесу та контролювання їхніх власних зусиль і долі. Сприяння здоров'ю здійснюється через конкретні та ефективні дії співтовариств шляхом оцінки потреб громади, встановлення пріоритетів, прийняття рішень, планування та здійснення стратегій з метою досягнення поліпшення здоров'я.

Розвиток громади заради здоров'я потребує наявності певних умов, головні з яких – це забезпечення доступу членів громади до потрібної інформації, навчання методам створення проектів сприяння здоров'ю, залучення фінансової підтримки, підвищення активності громад, громадських організацій, посилення спроможності діяти на користь громадського здоров'я.

Створення сприятливого навколишнього середовища – це

одна з базових умов покращення здоров'я. Навколишнє середовище включає фізичний (екологічний) і соціальний аспекти [2]. Діяльність зі створення середовища сприятливим має багато вимірів: організаційний, соціальний, політичний, духовний, економічний; вони взаємопов'язані і динамічно взаємодіють [4].

Як видно з план-схеми, процес покращення здоров'я визначається змінами в ставленні особистості до здоров'я, відповідно змінами її поведінки та необхідними структурними змінами. Тому дії сприяння здоров'ю мають бути одночасно спрямовані як на зміну особистої поведінки, так і на структурні зміни для створення сприятливого середовища для здоров'я.

Дії, які приведуть до змін і сприятимуть покращенню здоров'я, можуть бути ініційовані з двох позицій: із позиції зверху-вниз – експертами, спеціалістами, законотворцями та з позиції знизу-вверх – конкретними особами та групами, громадами.

На основі запропонованої план-схеми розроблені та здійснені програми й проекти ВООЗ з метою запровадження в життя стратегії сприяння покращенню здоров'я. Наприклад, «Здорові міста», «Здорові сільські населені пункти», «Здорові острови», «Школи сприяння здоров'ю».

Комплексний підхід до діяльності сприяння здоров'ю є більш ефективним, ніж однопланові, односторонні підходи.

Один із пріоритетних напрямів покращення громадського здоров'я – переорієнтація системи охорони.

Таблиця 1

Порівняльна таблиця медичного підходу та підходу сприяння здоров'ю

Медичний підхід	Підхід сприяння здоров'ю
Фокус	
<i>Від</i> профілактики хвороби, лікування	<i>До</i> профілактики здоров'я і догляду

Зміст	
<i>Від</i> лікування епізоду, уваги до специфічної проблеми	<i>До</i> просування здоров'я безперервності/наступності комплексного підходу
Організація	
<i>Від</i> лікарів клініцистів спеціалістів	<i>До</i> інших медичних працівників міждисциплінарних команд лікарів загальної практики
Відповідальність	
<i>Від</i> відповідальності лише з боку медицини	<i>До</i> міжсекторної взаємодії
<i>Від</i> професійного домінування, пасивного прийняття	<i>До</i> участі громад, особистої відповідальності

Особлива увага в концепції приділена оцінці діяльності сприяння покращенню здоров'я, оскільки зараз рівень здоров'я населення розглядають як показник рівня розвитку цивілізованості суспільства.

Центральним елементом оцінки процесу сприяння покращенню здоров'я є те, наскільки дії із зміцнення здоров'я допомагають і дозволяють окремим людям і співтовариствам людей здійснювати контроль над своїм здоров'ям.

У глосарії ВООЗ оцінка сприяння покращенню здоров'я визначається як оцінка того ступеня, у якому дії та заходи цього процесу досягають «оцінюваних» кінцевих результатів [4].

Кінцеві результати *процесу* покращення здоров'я – це зміни особистих характеристик, умінь і навичок і/або соціальних норм і дій, а також/або організаційної практики та громадської/державної політики, пов'язаної з діяльністю щодо сприяння здоров'ю або обумовлені нею.

Ці ж зміни (тобто зміни у факторах здоров'я) визначають як проміжні результати стосовно здоров'я. Зміни у стані здоров'я відображають кінцеві результати стосовно покращення здоров'я [4].

Оцінка діяльності сприяння покращенню здоров'я може бути також такою, що передбачає участь, міждисциплінарність, інтегрованість, тобто оцінка ефективності процесу визначається за реалізацією в програмі чи проекті одночасно п'яти напрямків сприяння здоров'ю, активністю членів громади [4].

Отже, для покращення громадського здоров'я та здоров'я кожної людини необхідна системна діяльність щодо зміцнення та розвитку здоров'я всіх інститутів суспільства й безпосередньо особистості, діяльність якої базується на принципах емансипації і позитивності, активізації потенціалу, участі, мережевої взаємодії/ соціального підкріплення, партнерства, пристосування.

? Запитання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте принципи сприяння покращенню здоров'я.
2. У чому сутність основних п'яти напрямків пріоритетної діяльності сприяння покращенню здоров'я?
3. На яких міжнародних конференціях визначались основні положення концепції сприяння покращенню здоров'я?
4. Які фактори визначають здоров'я?

📖 Література

1. **Апанасенко Г.Л.** Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб., Петрополис, 1992. – 123 с.
2. **Аделаидские** рекомендации по здоровой общественной политике. ВОЗ/НРР/НЕР/95.2, ВОЗ, Женева, 1988 г.
3. **Влияние** граждан и их организаций на систему здравоохранения: Международный опыт. К.: Издательство ООО «Дизайн и полиграфия» 2006. – 100 с.
4. **Глоссарий** терминов по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здоровья. – Женева, 1998. – 48 с.
5. **Джакартская** декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-м столетии. НРР/НЕР/4ICHR/BR/97.4, WHO, Geneva, 1997.
6. **Зимівець Н.В.** Концептуальні засади сприяння покращенню громадського здоров'я/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №11 Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: Зб. наук. праць. – К., 2007. Випуск 5. – с. 196.
7. **Майкл Бопп.** Сприяння покращенню здоров'я в громаді. – К., 2005. – 45 с.
8. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації/ Упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошниченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К., 2003. – 95 с.
9. **Популяризація** здорового способу життя: роздуми над деякими сучасними тенденціями. Ендрю Роджерс. – К., 2003. – 15 с.
10. **Формирование** культуры здоровья обучающихся. Материалы межрегиональной конференции работников образования и здравоохранения, 7 декабря 2004 г. – Казань, 2005. – 140 с.
11. **Формування** здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи. Українсько-канадський проект «Молодь за здоров'я». /Упорядник О. М. Балакірева. – К., 2000.
12. **Формування** здорового способу життя молоді: стра-

тегії розвитку українського суспільства. Частина 1./О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О. В. Вакуленко, Ю. М. Галустян та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Укр. ін-т соціальних досліджень. 2004. – кн. 1. – 164 с. – (Сер. «Формування здорового способу життя 16 молоді». У 14 кн.).

13. **Vertio H.** Terveyden edistaminen. Tammi. Gummerus Kirjapaino oy, Jyvaskyla, 2002.

14. **Psychology:** Theory Research and Practice. – L., 2000. – P. 7-28.

15. **Sundsvall** Statement on Supportive Environments for Health. ВОЗ/НРР/НЕР/95.3. ВОЗ, Женева, 1991 г.

1.3. Планування програм сприяння покращенню громадського здоров'я

У концепції сприяння покращенню здоров'я розкривається технологічна послідовність процесу управління покращенням здоров'я як особистого, так і громадського. Організація процесу сприяння покращенню здоров'я передбачає:

- попередню оцінку стану здоров'я;
- аналіз факторів, що детермінують здоров'я та які необхідно удосконалити;
- розробку на основі інтегративного підходу дій (програм і проектів);
- здійснення програм, проектів;
- оцінку їх результативності.

Під час розробки програм, проектів сприяння покращенню громадського здоров'я враховують всі складові план-схеми змін з метою сприяння здоров'ю.

Програма – це сукупність проектів і/або різних заходів, об'єднаних спільною метою та умовами їх виконання. Проект – це сукупність завдань і заходів, спрямованих на досягнення запланованої мети.

Таблиця 2

Порівняльна таблиця структури програм і проектів

Типова структура, яку використовують у цільових програмах	Типова структура проектів
1. Зміст проблеми й обґрунтування необхідності її вирішення шляхом здійснення програми. 2. Основні цілі, завдання та терміни реалізації програми. 3. Система заходів програми. 4. Ресурсне забезпечення програми.	1. Проблема, на вирішення якої спрямований проект. 2. Цілі, завдання проекту. 3. Опис робіт (послуг), які мають бути виконані в рамках проекту, і вимог до них. 4. Терміни реалізації проекту й очікувані результати.

<p>5. Механізми реалізації програми.</p> <p>6. Організація управління програмою та контроль за її реалізацією.</p> <p>7. Оцінка ефективності соціально-економічних і екологічних наслідків від реалізації програми.</p> <p>8. Додатки:</p> <p>1) об'єми та джерела фінансування програми (з розбиттям за роками, змістом витрат, джерелами фінансових засобів; з розбиттям за цією схемою на підпрограми);</p> <p>2) додаткова інформація за програмою (графіки, діаграми, вітчизняний і світовий досвід, література з теми тощо).</p>	<p>5. Кадрове, фінансове і матеріально-технічне забезпечення.</p> <p>6. Порядок здійснення керівництва та контролю за виконанням даного проекту (включаючи список осіб, безпосередньо відповідальних за його реалізацію).</p> <p>7. Кошторис витрат.</p>
--	--

Принципи розробки програм, проектів – це принципи комплексності, обґрунтованості, реальності, оптимальності, спадкоємності (наступності), тобто враховується вихідний (початковий) стан та тенденції розвитку; завершеності, зорієнтованості на кінцевий позитивний результат.

Існують різні моделі планування, які використовують практики для розробки програм, проектів у сфері сприяння здоров'ю. Вони мають подібні компоненти: планування (розробка), впровадження (реалізація) та оцінювання.

Планування – це підготовча робота: від попереднього аналізу потреб до визначення цілей, дій і необхідних ресурсів. На цій стадії відбувається:

- аналіз потреб здоров'я (країни, громади, особистості);
- визначення цілей і конкретних завдань програми/проекту;
- визначення необхідних заходів;
- обґрунтування процедури моніторингу та оцінки;
- розробка графіка діяльності за програмою;

- визначення та врахування ресурсів;
- визначення виконавців;
- пошук партнерів;
- складання бюджету програми (кошторису проекту).

Етап реалізації частково може збігатися з етапом розробки, оскільки багато завдань, які стають частиною програми/проекту, реалізуються в той час, коли окремі параметри ще визначаються. Етап реалізації містить:

- здійснення заходів програми/проекту та взаємозв'язок між ними;
- управління ресурсами (фінансовими, матеріально-технічними, людськими, інформаційними, часовими);
- забезпечення комунікації та реалізація стратегії необхідних зв'язків для здійснення заходів;
- залучення людей до участі в програмі/проекті;
- здійснення моніторингу;
- звітність і документування діяльності.

Оцінка – це частина програми/проекту, яку проводять, як правило, після їх завершення.

На етапі оцінки здійснюють такі дії:

- оціночні процедури, тобто визначення того, що було досягнуте, а що – ні;
- вплив результатів програми/проекту на цільову групу, співтовариство загалом;
- визначення заходів можливих програм/проектів;
- підготовка звітної документації.

Одна з найбільш відомих у міжнародній практиці моделей планування сприяння громадському здоров'ю – модель Гріна та Крейтера (1999) [30].



У порівнянні з попередньою в моделі планування Натбіма (2001) всі етапи містять змістове наповнення.

Визначення проблеми	Розробка рішення	Робудова потенціалу	Заходи щодо сприяння здоров'ю	Результати процесу сприяння здоров'ю	Проміжні результати для здоров'я	Наслідки для здоров'я та соціальні результати
Епідеміологічна та демографічна інформація	Теорія та моделі інтервенцій	Мобілізація ресурсів (люди, кошти, матеріали тощо)	Освіта/просвіта Приклади: освіта/просвіта пацієнтів, санітарна просвіта у школі, засоби мовлення та друковані засоби масової інформації, засоби сполучення	Освіченість щодо питань здоров'я Заходи охоплюють: пов'язані із здоров'ям знання, позиції, мотивація, поведінські наміри, особисті вміння, самоєфективність	Здорові способи життя Заходи: трюг-нопаління, вибір продуктів, фізична активність, споживання алкоголю і наркотиків	Соціальні результати Заходи: якість життя, функціональна незалежність, справедливість/неупередженість
Поведінські та соціальні дослідження чинників здоров'я	Свідчення з попередніх програм	Робудова потенціалу (навчання та розвиток інфраструктури)	Соціальна мобілізація Приклади: розвиток громад, групова фасилітація, цільова масова комунікація	Соціальні дії та вплив Заходи: участь громади, активізація громади, соціальні норми, громадська думка	Соціальні дії та вплив Заходи: надання профілактичних послуг, доступ та відповідність медичних послуг	Наслідки для здоров'я Заходи: зниження рівня захворюваності, непрацездатності, уникнення смертності
Потреби громади та усвідомлені пріоритети (суб'єктивні оцінки пріоритетності)	Досвід, набутий практиками	Підвищення рівня поінформованості громадськості та усвідомлення повної літньої ситуації	Популяризація Приклади: лобювання політичної організації та активізму, подолання бюрократичної інертності	Політика у сфері громадського здоров'я та організаційна практика Заходи: політичні заяви, законодавство, регулювання, розподіл ресурсів, організаційна практика	Здорове середовище Заходи: безпечне середовище, сприятливі економічні та соціальні умови, обмежений доступ до тютюну та алкоголю	

Рис. 3. Модель планування процесу сприяння здоров'ю

Джерело: Натбім (2001)

На всіх етапах розробки та реалізації програми/проекту використовують спеціальний метод – логіко-системний підхід (ЛСП). Він був розроблений Американським агентством міжнародного розвитку з метою сприяння плануванню, управлінню та оцінці програм. Основний інструмент цього методу – це логіко-системна схема, яка містить: короткий опис проекту, показники виконання програмної/проектної діяльності; методи моніторингу; можливі умови та ризики, що можуть вплинути на реалізацію програми/проекту. Логіко-системна схема дає можливість для перевірки внутрішньої логіки плану програми та забезпечує взаємозв'язок заходів, кінцевих результатів, завдань і мети.

Таблиця 3

Логіко-системна схема програми/проекту

Опис програми/ проекту	Показники виконання	Інструментарій моніторингу	Можливі умови та ризики, які можуть вплинути на здійснення проектної діяльності
Мета	Показники досягнення мети	Джерела інформації та методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	
Завдання	Показники досягнення завдань	Джерела інформації і методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	Можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між завданнями й метою

Кінцеві результати	Показники досягнення кінцевих результатів	Джерела інформації та методи, які використовують для перевірки отриманих результатів	Припущення (можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між результатами й завданнями)
Заходи	Необхідні людські та матеріально-технічні ресурси	Вартість ресурсів	Припущення (можливі умови та ризики, які впливають на зв'язки між заходами й результатами)

В описі викладено послідовність дій у рамках програми /проекту (якщо виконати певні заходи, то будуть досягнуті ті чи інші результати, отже, досягнуті завдання тощо. У показниках досягнення та засобах підтвердження, вимірювання логіко-системної схеми закладені основи моніторингу й оцінки ходу виконання програми.

Одна з передумов успішності програм/проектів сприяння покращенню здоров'я – це використання під час їх планування та реалізації наукових теорій.

Незважаючи на те, що чимало проектів і програм сприяння здоров'ю розробляються та впроваджуються без усякого очевидного зв'язку з теорією, існує значна кількість свідчень в опублікованих результатах досліджень, які доводять, що застосування теорії значною мірою підвищує шанси щодо досягнення успіху в виконанні заздалегідь визначених завдань програми (Грін та Крейтер, 1999; Натбім та Херріс, 2004).

Теорія – системно організовані знання, застосовані в відносно великій кількості різноманітних обставин та призначені для аналізу, прогнозування або ж пояснювання характеру чи поведінки точно визначеної низки явищ, які можуть слугувати основою для дій (Ван Рін та Хіні, 1992).

Теорія пояснює: основні фактори впливу на явища, як, наприклад, ті фактори, які пояснюють, чому деякі люди постійно активні, а інші – ні; взаємозв'язки між цими факторами, наприклад, зв'язки між знаннями, переконаннями, соціальними нормами та поведінкою, наприклад, фізична активність; умови, за яких ці взаємозв'язки встановлюються або ні; як, коли та чому взаємозв'язки існують, наприклад, час, місце та обставини, що передбачувано призводять до активності чи неактивності особистості.

Наразі звернення до теорій дає змогу досліджувати проблеми та знайти шляхи їхнього вирішення, тобто теорії спочатку дають зрозуміти причини проблеми (поведінкову та зовнішню, пов'язану з навколишнім середовищем), а потім – визначити можливі механізми змін.

Якщо в центрі уваги – поведінка, пов'язана із здоров'ям, та соціальне та фізичне довкілля, що підтримує його, то обираються теорії індивідуальних змін у поведінці, які допомагають зрозуміти вплив різних середовищ на поведінку та міжособистісні взаємини.

Потенціал теорії щодо керування процесом розробки заходів сприяння здоров'ю значний. Застосування різних теорій може направляти та інформувати практиків на кожному з етапів розробки програм.

Процес сприяння здоров'ю відбувається на декількох різних рівнях:

- особистісному;
- міжособистісному;
- організації;
- громади;
- суспільства.

Тому під час розробки та здійснення програм сприяння покращенню здоров'я необхідно спиратися на теорії індивідуального, міжособистісного, організаційного рівня та рівня співтовариств.

Теорії, що можуть використовуватися на різних рівнях сприяння здоров'ю

Рівень	Теорії
Індивідуальний	Теорії, які пояснюють ставлення людини до здоров'я та його змінювання: – теорія мотивованої поведінки; – теорія переконливої комунікації; – теорія саморегуляції; – планованої поведінки; – теорія особистісних змін.
Міжособистісний	Теорія соціального навчання. Теорія соціальних мереж та соціальної підтримки. Теорія дифузії інновацій.
Організації	Теорії організаційних змін. Теорія організаційного розвитку. Теорія міжорганізаційних взаємин.
Громади	Теорія особистої та соціальної відповідальності. Теорії розвитку громад. Теорії реклами.
Суспільства	Теорія політичних вікон. Теорія ноосфери. Теорії управління.

Знання цих теорій дає фахівцям зі сприяння здоров'ю набір інструментів планування та здійснення втручань з метою здійснення змін.

Отже, під час розробки програм сприяння здоров'ю необхідно базувати їх на відповідних теоріях та дотримуватися певного алгоритму побудови програм/проектів.

? Запитання для самоконтролю

1. Який алгоритм програм сприяння здоров'ю?
2. Яке значення мають наукові теорії для розробки та реалізації програм сприяння здоров'ю?

Література

1. **Глоссарий** терминів по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здоровья. Женева, 1998. – 48.
2. **Луков В.А.** Социальное проектирование: Учеб. пособие. – 3-е изд. – М., 2003. – 240 с.
3. **Майкл Бопп.** Сприяння покращенню здоров'я в громаді. – К, 2005. – 45
4. **Norheim L.** Community Development for Health: a resource guide for health workers. – Lancaster, 1999. – 105 p.
5. **Marks D., Murray M., Evans B., Willing C.** Health Psychology: Theory Research and Practice. – L., 2000. – P. 7-28.

1.4. Моніторинг та оцінка діяльності з покращення громадського здоров'я

У сучасних умовах реалізації соціальної політики у сфері здоров'я однією з її обов'язкових складових визначено проведення моніторингу та оцінки діяльності з покращення здоров'я населення.

Основне завдання моніторингу та оцінки при цьому полягає у зборі необхідної інформації для прийняття відповідних рішень. Сутність моніторингу та оцінки одна й та сама – відстеження процесу та результатів діяльності з покращення громадського здоров'я. Відмінність між ними спрощено можна сформулювати так: моніторинг дає відповіді на питання, які починаються словом «що?» (що робиться, що зроблено, що за зміни відбулися, що повинно бути зроблено, що за труднощі виникають тощо); оцінка – на питання, які починаються словом «наскільки?» (наскільки добре зроблено, наскільки значимі зміни, наскільки можливо подолати труднощі тощо).

Зміст поняття «моніторинг» у працях із соціології, соціальної роботи, соціальної педагогіки визначено як: 1) постійне відстеження процесу для порівняння реального стану справ із запланованими діями; 2) постійний, систематичний збір інформації дослідницькими методами з метою спостереження за ходом розвитку якогось соціального явища чи процесу та його прогнозування; 3) процес спостереження за виконанням запланованих дій та заходів з метою їх коригування, мінімізації негативних наслідків, непередбачуваних ситуацій [2; 3; 5].

Він проводиться постійно, починаючи від етапу планування діяльності – до етапу досягнення кінцевої мети. Завдання моніторингу – це виявлення проблемних місць з метою коригування всього процесу. Моніторинг необхідний для аналізу ситуації; виокремлення нових напрямів або зразків у роботі; обґрунтування правильності рішень; дотримання наміченого плану; поліпшення організації та керівництва; прийняття рішень про людські, фінансові та матеріальні ресурси; вимірювання досягнень у виконанні

намічених завдань та формулюванні/перегляді цілей; своєчасного реагування на певні відхилення від плану, які виникають під час реалізації наміченого; покращення системи власне моніторингу.

Для здійснення моніторингу необхідний певний інструментарій. Він має бути конкретним та зрозумілим; відповідати на головні питання, які стосуються досягнень, завдань та мети діяльності; відповідати критеріям, що мають полегшити зрівняльність результатів. Найбільш поширений інструментарій моніторингу процесу – інтерв'ю, спостереження, анкети, фокус-групи. Важливою складовою моніторингу також є періодичний аналіз поточної та підсумкової звітності за відповідними схемами.

Останнім часом у працях окремих авторів [1-4] моніторинг процесу визначено як певну систему, яку розробляють на початку діяльності. Компонентами побудови системи моніторингу діяльності з покращення громадського здоров'я можуть бути такі кроки:

- визначити вимірювані показники (індикатори), за якими можна буде відстежувати хід процесу (наприклад, кількість людей, які взяли участь у тренінгах з питань покращення здоров'я; кількість осіб, які використовують набуті під час тренінгів знання та навички тощо);

- визначити джерела інформації для проведення моніторингу (керівники організацій, наприклад: директори загальноосвітніх закладів, лікувальних установ, представники цільових груп, наприклад: учні, дорослі, спеціалісти; документи тощо);

- визначити методи збору інформації;

- визначити частоту та графік збору інформації;

- визначити відповідальних за збір інформації;

- визначити методіку обробки та аналізу інформації;

- спланувати, як і кому будуть презентовані результати моніторингу, хто і як може ними скористатися.

Моніторинг – це не єдина процедура, яка дає уявлення про особливості діяльності з покращення громадського здоров'я.

Крім того, на окремих етапах діяльності здійснюється також оцінка – процес детального аналізу результатів діяльності та їх співвіднесення з певними запланованими критеріями. За підсумками оцінки визначають рівень ефективності діяльності для вирішення певної проблеми. Залежно від того, коли здійснюється оцінка, розрізняють вхідну (або базову), поточну та підсумкову оцінки.

Вхідна оцінка здійснюється на початковому етапі діяльності (або окремого виду роботи), коли потрібно оцінити вихідну ситуацію, реалістичність цілей та завдань, доречність та адекватність обраних об'єктів, очікуваних результатів [6, с. 81]. Таку оцінку під час реалізації діяльності з покращення громадського здоров'я можуть здійснювати люди та організації, які приймають рішення та можуть впливати на ситуацію (наприклад, представники органів місцевого самоврядування та виконавчої влади, керівники медичних установ, керівники загальноосвітніх закладів, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо).

Поточну оцінку (оцінку процесу) застосовують, коли окремі види діяльності вже впроваджуються, і, не очікуючи їх закінчення, потрібно оцінити перебіг подій: чи насправді реальна діяльність відповідає запланованій, чи потрібні якісь кардинальні зміни, додаткові заходи тощо. Вона може містити кількісні (кількість осіб, яким надано послуги, наданих послуг, працюючих організацій у сфері покращення здоров'я тощо) та якісні характеристики (які зміни в поглядах, поведінці учасників відбулися; як це використали люди для поліпшення ситуації у своєму житті, оточенні тощо; що нового було ними ініційовано).

Отже, під час оцінки процесу оцінюють стратегії, заходи та ресурси діяльності. Конкретними запитаннями щодо оцінки діяльності з покращення громадського здоров'я, наприклад, можуть бути: чи спрямовані заходи на окрему цільову групу; чи задоволені люди участю в заходах; що говорять люди про надані послуги; що найбільше їм подобається в заходах з покращення здоров'я; що, на їхню думку, варто змінити чи доповнити; чи варті отримані

результати витрачених ресурсів тощо.

Підсумкова оцінка – це оцінка результатів, яких досягнуто наприкінці завершення сукупних видів діяльності. Тут теж має місце аналіз кількісних та якісних показників. Окрім цього, на етапі підсумкової оцінки діяльності може відбуватися й аналіз її рентабельності, тобто вигоди в грошовому вимірі та отриманих ефектів (соціальних, педагогічних, економічних тощо).

Таблиця 5

Порівняння моніторингу та оцінки діяльності з покращання громадського здоров'я

Моніторинг	Оцінка
Дає відповіді на питання, які починаються словом «ЩО?» (що робиться, що зроблено, що за зміни відбулися, що повинно бути зроблено, що за труднощі виникають тощо)	Дає відповіді на питання, які починаються словом «НАСКІЛЬКИ?» (наскільки добре зроблено, наскільки значимі зміни, наскільки можливо подолати труднощі тощо)
Проводиться постійно	Проводиться на ключових етапах процесу
Фіксується те, що відбувається в процесі для порівняння існуючого стану справ з планом	Аналізуються причини досягнень /не досягнень запланованих результатів
Отриману інформацію використовують для поліпшення/змін роботи	Дає можливість оцінити ефективність діяльності та сформулювати рекомендації на майбутнє

Оскільки діяльність з покращання громадського здоров'я досить багатогранна, доцільно визначити її ключові складові для проведення моніторингу та здійснення оцінки. Переважна більшість науковців та практиків як базові компоненти покращання громадського здоров'я визначають:

- діяльність спеціалістів, що надають послуги у сфері покращання громадського здоров'я;
- упровадження інновацій для покращання громадського здоров'я;
- міжсекторна взаємодія.

Моніторинг та оцінка ефективності діяльності з покращання громадського здоров'я за цими компонентами здійснюється за сукупністю критеріїв та показників результативності. Для кожного показника визначаються методи збору інформації, необхідні інформаційні джерела (ключові особи, звіти, статистичні дані тощо) та терміни.

Таблиця 6

Критерії моніторингу та оцінки діяльності спеціалістів, які надають послуги у сфері покращання громадського здоров'я

Назва критерію	Показники
Критерій якості	<ul style="list-style-type: none"> – задоволеність клієнтів наданими послугами; – відповідність послуг потребам різних цільових груп; – доступність послуг; – запровадження нових послуг; – кількість осіб, які отримали послуги.

Критерій технологічності	<ul style="list-style-type: none"> – дотримання алгоритму обраних технологій; – виростання різних форм та методів роботи; – відповідність запроваджених програм принципам сприяння громадському здоров'ю.
Критерій залученості	<ul style="list-style-type: none"> – кількість опитувань членів громади з метою визначення проблем та потреб у сфері громадського здоров'я; – кількість осіб, які були задіяні в різних заходах.
Критерій професійності	<ul style="list-style-type: none"> – розуміння сутності громадського здоров'я; – володіння різними формами та методами сприяння здоров'ю; – активність у підвищенні рівня професійної компетентності; – вміння добирати оптимальні форми та методи роботи відповідно до особливостей різних цільових груп; – розробка інформаційно-рекламних та навчально методичних матеріалів.

Критерії моніторингу та оцінки інновацій у сфері покращення громадського здоров'я

Назва критерію	Показники
Критерій результативності	<ul style="list-style-type: none"> – упровадження нових форм і методів роботи з різними цільовими групами; – позитивні зміни в цільовій групі (зміни ціннісних орієнтацій, зміни мотивації, зміна поведінки); – позитивні оцінки інновацій різними членами громади (спеціалістами, представниками органів виконавчої влади, освіти, громадських організацій тощо); – сформовані навички збереження та зміцнення здоров'я в різних цільових груп.
Критерій технологічності	<ul style="list-style-type: none"> – наявність алгоритму впровадження; – опис змістових компонентів алгоритму впровадження; – виростання різних форм та методів роботи; – можливість впровадження інновацій у роботу різних соціальних інституцій.
Критерій відповідності	<ul style="list-style-type: none"> – урахування особливостей та запитів різних цільових груп; – спрямованість інновацій на покращення ситуації у сфері громадського здоров'я.

Під час вирішення проблем у сфері здоров'я на місцевому рівні органи місцевого самоврядування, виконавчої влади та різноманітні соціальні інституції переважно не можуть діяти ізольовано один від одного. Вони не завжди мають достатній ресурсний потенціал для того, щоб задовольнити потреби чи вирішити проблеми різних соціальних груп місцевої спільноти. Тому налагодження партнерства між державними, неурядовими організаціями та представниками бізнесу задля покращення громадського здоров'я – це один з ключових компонентів такої роботи на місцевому рівні.

Таблиця 7

Критерії моніторингу та оцінки ефективності міжсекторної взаємодії у сфері покращення громадського здоров'я

Назва критерію	Показники
Критерій комплексності	<ul style="list-style-type: none"> – проведення спільних заходів з партнерами; – реалізація спільних проєктів/ програм; – наявність мультидисциплінарних команд; – наявність координаційних рад; – наявність планів спільних дій; – наявність угод про співпрацю; – наявність місцевої комплексної програми покращення та популяризації громадського здоров'я.

Критерій залученості	<ul style="list-style-type: none"> – проведення інформаційно-рекламних кампаній; – участь членів громади в реалізації соціальних проєктів, програм; – наявність ініціативних груп, які вирішують проблеми у сфері громадського здоров'я; – підтримка ініціатив у сфері здоров'я органами місцевого самоврядування, місцевої виконавчої влади, різними соціальними інституціями; – залучення позабюджетних коштів для вирішення проблем у сфері громадського здоров'я.
Критерій дієвості	<ul style="list-style-type: none"> – створення чи відновлення роботи закладів (відділень у них) соціальної інфраструктури, діяльність яких спрямована на покращення громадського здоров'я; – інформування членів громади про результати співпраці у сфері сприяння громадському здоров'ю через ЗМІ.

Правильно організований моніторинг та оцінка діяльності у сфері покращення громадського здоров'я базуються на чіткій послідовності досягнення певних намічених результатів, відповідно до чого очікується, що належні результати на рівні покращення індивідуального здоров'я приведуть до успіху на рівні покращення громадського здоров'я окремої громади чи певного регіону.

? Запитання для самоконтролю

1. З якою метою проводиться моніторинг та оцінка процесу?
2. За якими критеріями та показниками можна проводити оцінку ефективності діяльності у сфері покращення громадського здоров'я?
3. Які показники результативності ви можете додатково запропонувати?

📖 Література

1. **Балакірева О. М.** Моніторинг соціальних проектів і програм//Соціальна робота в Україні на початку ХХІ століття: проблеми теорії і практики: Матеріали доповідей на Міжнародній науково-практичній конференції 29-31 жовтня 2002 р. Ч. 2. – К., 2002. – С.241-246.
2. **Кузьмин А.** Мониторинг и оценка социальных программ. – Доступно з www.processconsulting.
3. **Луков В. А.** Социальное проектирование: Учеб. пособие. – 3-е изд. – М., 2003. – 240 с.
4. **Моніторинг і оцінка діяльності з формування здорового способу життя**/О. М. Балакірева, О. О. Яременко, Р. Я. Левін та ін. – К., 2005. – 132 с.
5. **Никончук А. С.** Социально-педагогический проект: просто о сложном//Сацьяльна-педагогічна робота. Часопис. – №1. – 2000. – С.45-54.
6. **Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник**/За ред. А. Й. Капської. – К., 2004. – 352 с.

РОЗДІЛ II. ТЕХНОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ)

2.1. Теоретико-методичні засади сприяння здоров'ю

Мета: визначити стратегічні напрямки діяльності органів місцевого самоврядування, державних та громадських організацій щодо сприяння покращанню здоров'я.

Завдання:

- ознайомити учасників із сучасною концепцією сприяння покращанню здоров'я;
- розглянути план-схему змін щодо сприяння здоров'ю;
- обговорити напрямки діяльності щодо сприяння покращанню здоров'я.

Ключові поняття: здоров'я, громадське здоров'я, фактори здоров'я, рівні здоров'я, концепція сприяння покращанню здоров'я, політика заради здоров'я, розвиток особистості заради здоров'я, освіта заради здоров'я, розвиток громади заради здоров'я.

Необхідне забезпечення: блокноти для фліпчарту – 2; папір формату А-3 – 20 шт.; маркери – 5 наборів; скоч; стікери (5 кольорів) – 1 блок; роздаткові матеріали по кількості учасників у відповідності до змісту семінару; цукерки декількох видів по 4-5 на кожного учасника.

Тривалість: 2 дні по 8 годин.

План проведення

Перший день

1. Організаційна частина.
2. Інформаційне повідомлення «Передумови створення сучасної концепції сприяння покращанню здоров'я».
3. Визначення та обговорення понять «здоров'я», «громадське здоров'я».
4. Інформаційне повідомлення «Рівні здоров'я».
5. Аналіз ситуації щодо стану здоров'я в громаді.

6. Визначення бажаної ситуації щодо стану здоров'я в громаді.

7. Підведення підсумків роботи.

Другий день

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.

2. Презентація «Плану-схеми змін з метою сприяння здоров'ю».

3. Обговорення напрямків діяльності органів місцевого самоврядування, державних та неурядових організацій. Розвиток особистості заради здоров'я.

4. Обговорення напрямків діяльності органів місцевого самоврядування, державних та неурядових організацій: «Освіта заради здоров'я».

5. Обговорення напрямків діяльності органів місцевого самоврядування, державних та неурядових організацій: «Розвиток громади заради здоров'я».

6. Обговорення напрямків діяльності органів місцевого самоврядування, державних та неурядових організацій: «Політика заради здоров'я».

7. Підведення підсумків роботи.

◆ Інформаційні матеріали

Хронологічна карта етапів формування концепції сприяння покращанню здоров'я.

1974-1986 рр. – перший етап

1974 р. – «звіт Лалонда».

Звіт міністра охорони здоров'я і добробуту Канади Лалонда «Новий підхід до охорони здоров'я канадців» уперше в світі констатував на урядовому рівні, що медицина взагалі та зокрема традиційна система охорони здоров'я відіграють не головну роль у комплексі чинників, які визначають стан здоров'я людини. Було доведено державі й суспільству, що рівень розвитку системи охорони здоров'я незначно впливає на стан громадського та індивідуального здоров'я, що головне – це спосіб життя, який веде людина.

Було введено поняття «хелс промоушен» (дослівно англійською – «просування здоров'я»), яке в Україні дістало

назву «формування здорового способу життя» (на сьогодні все частіше вживається термін «сприяння покращанню здоров'я»).

1977 р. – Всесвітня асамблея з охорони здоров'я.

ВООЗ ініціювала компанію «Здоров'я для всіх», у межах якої розпочався процес збору і систематизації інформації про існуючі загрози здоров'ю. Вперше на світовому рівні оприлюднена концепція досягнення здоров'я для всіх.

1977 р. – Міжнародна конференція з першочергових заходів у галузі охорони здоров'я в Алма-Аті (Алма-Атинська Декларація проголосила концепцію досягнення здоров'я для всіх як глобальний рух під егідою ВООЗ).

1980 р. – «Глобальна стратегія «Здоров'я для всіх до 2000 року» (на основі концепції досягнення здоров'я для всіх розроблена «Глобальна стратегія «Здоров'я для всіх до 2000 року», якою визначено 38 завдань для досягнення 10 глобальних цілей).

1980-1986 рр. – розробка (на основі окремих досліджень і заходів у різних країнах щодо покращання громадського здоров'я) теорії і методики формування здорового способу життя як визначеної системної діяльності, що являє собою дієвий засіб відвернення глобальної загрози здоров'ю і досягнення цілей стратегії здоров'я для всіх.

1986-1997 рр. – другий етап

1986 р. – Міжнародна конференція з формування здорового способу життя в Оттаві (Канада) прийняла Оттавську хартію, основні тези, положення і принципи якої стають програмними імперативами для світової спільноти щодо діяльності з покращання здоров'я населення.

Сприяння здоров'ю визнано світом ефективною системою дій з власною ідеологією, теорією, методологією, методикою і практикою.

Хартія визначила п'ять основних напрямів для сприяння здоров'ю: розробка державної політики сприяння здоров'ю, створення сприятливого середовища для здоров'я, посилення дій суспільства, громади в напрямку вдосконалення здоров'я, розвиток особистих навичок, переорієнта-

ція служби охорони здоров'я.

Зразковим визнаний канадський досвід, який започаткував новий системний підхід до здоров'я населення, ініційований і фінансово підтриманий державою.

1997-2006 рр. - третій етап

1998 р. – прийняття Всесвітньої декларації з охорони здоров'я, яка оприлюднила звернення до всіх народів та інституцій прийняти й реалізувати концепцію «Здоров'я для всіх у XXI столітті».

Прийнята програма європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я – 21: основи політики досягнення здоров'я для всіх в європейському регіоні ВООЗ», в якій висунуто 21 завдання для XXI століття і яка являє собою посібник з політики і стратегій досягнення здоров'я для всіх країн Європи на термін до чергового підведення підсумків (2005 р.).

2000 р. – Цілі розвитку тисячоліття (затверджені на самміті тисячоліття, 2000 р., підписані 189 країнами – членами ООН).

2005 р. – Бангкокська хартія сприяння здоров'ю у глобалізованому світі.

Бангкокська хартія доповнює та ґрунтується на цінностях, принципах та стратегіях діяльності зі сприяння покращанню здоров'я, визначених Оттавською хартією сприяння здоров'ю та рекомендаціями наступних всесвітніх конференцій з питань сприяння здоров'ю, затверджених державами – членами Всесвітньої асамблеї здоров'я. Бангкокська хартія визначила заходи, зобов'язання та обітниці, необхідні для забезпечення чинників здоров'я у глобалізованому світі шляхом сприяння його покращанню.

2005 р – Європейська стратегія «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків».

Література

1. **Формування** здорового способу життя молоді: стратегії розвитку українського суспільства. – К., 2002.



ДЛЯ МЕНЕ БУТИ ЗДОРОВИМ ОЗНАЧАЄ

	Висловлювання	Важливі	Найважливіші
1	Радіти спілкуванню з родиною і друзями		
2	Дожити до глибокої старості		
3	Бути щасливим якнайчастіше		
4	Мати роботу		
5	Бути здатним приймати рішення		
6	Майже не користуватися таблетками чи ліками		
7	Мати ідеальну вагу при своєму рості		
8	Займатися різними видами спорту		
9	Душевний спокій		
10	Ніколи не палити		
11	Мати гарну шкіру, ясні очі й блискуче волосся		
12	Ніколи не хворіти нічим більш серйозним, ніж легка застуда, грип чи розлад шлунка		
13	Ніколи не ускладнювати питання чи перекручувати факти – оцінювати ситуацію реально		
14	Бути здатним легко адаптуватися до змін у своєму житті, зокрема таких, як переїзд до іншого будинку, зміна роботи чи одруження/заміжжя		
15	Радіти від того, що живеш		
16	Споживати помірну кількість алкоголю чи зовсім його не вживати		

17	Отримувати задоволення від роботи без напруження і перевантаження		
18	Добре ладити з іншими людьми		
19	Вживати «правильну» їжу		
20	Отримувати задоволення від відпочинку/розваг		
21	Майже не ходити до лікарів		



Сфери здоров'я

Фізична сфера розкриває індивідуальні особливості організму людини, його красу, силу та витривалість, генетичну спадковість, рівень фізичного розвитку органів і функціональних систем організму, відсутність чи наявність тілесних вад або недуг.

Соціальна сфера визначається здатністю людини будувати та підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми, рівнем комфортності її самопочуття серед інших, кількістю близьких людей, на допомогу яких вона може розраховувати в складних ситуаціях.

Духовна сфера передбачає сприйняття духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики, що визначає, зокрема, цінності людини, її віру, ідеали, принципи, правила, світогляд, переконання тощо; крім того, важливо не просто їх усвідомлювати чи проголошувати, але й активно впроваджувати в життя.

Екологічна сфера складається зі ставлення людини до природи, її впливу на навколишнє середовище, а також із впливу цього середовища на саму людину.

Психологічна сфера віддзеркалює вміння людини пристосовуватися до мінливих умов життя, розвиватися та самовдосконалюватися.

Емоційна сфера розкриває вміння людини адекватно переживати все, що з нею відбувається, розуміти емоції й

почуття інших людей, керувати своїм емоційним станом, бути емоційно врівноваженою.

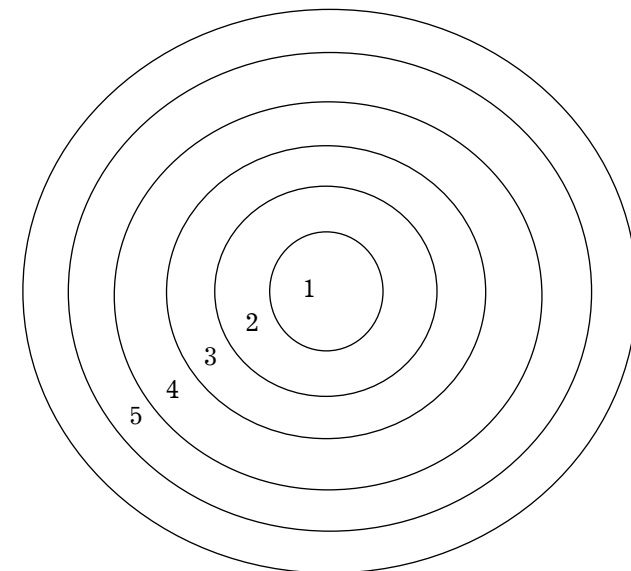
Інтелектуальна сфера визначається здатністю людини знаходити потрібну їй інформацію, засвоювати нові знання, використовувати їх, приймаючи ті чи інші життєві рішення.

Професійна сфера характеризується професійним самовизначенням людини, відчуттям перебування на «своєму місці», самореалізацією в обраній професії та задоволенням від того, що вона робить.

Загальноприйнятим у міжнародному обігу є визначення здоров'я, викладене у преамбулі Статуту ВООЗ (1948 р.): *«Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад».*

Рівні здоров'я

Сучасні теорія і практика громадського здоров'я та формування здорового способу життя, прийняті у країнах-лідерах, що ініціюють піднесення проблематики здоров'я на загальносвітовий рівень, вирізняють шість рівнів здоров'я світової спільноти, структурованих за кількісною ознакою (від окремого індивіда до людства в цілому).



Перший рівень – **індивідуальний**, тобто йдеться про здоров'я окремої людини.

Другий рівень визначається як рівень здоров'я **певної групи людей**. Тут мається на увазі найближче, відносно постійне оточення людини – її сім'я, родичі, друзі, знайомі, з якими вона повсякденно спілкується. Саме тут, у найближчому оточенні, насамперед відбувається позитивний і негативний вплив на здоров'я, як у прямому, так і в переносному значенні, в усіх сферах здоров'я – фізичній, психічній, духовній, соціальній. Вплив найближчого оточення людини значною мірою формує спосіб її життя, створює певне психічне середовище, визначає духовні цінності, рівень соціальної відповідальності. В свою чергу людина як член оточення має можливість позитивно або негативно впливати на цю групу людей у такий спосіб: особистим прикладом, наданням інформації чи ставленням до дій і процесів, що відбуваються навколо неї. Комплекс впливів, чинників та умов життя в найближчому оточенні визначає рівень здоров'я **певної групи людей**.

Третій рівень – рівень **здоров'я організації**. Якщо попередній рівень не визначається як формальне структурне утворення суспільства, третій рівень здоров'я – це здоров'я формально визначених організацій. Зважаючи на те, що переважна більшість людей взаємодіє з різними суспільними установами, організаціями (сфера виробництва, послуг, науки, культури, релігії; правові й соціальні інституції тощо) і тим самим впливає на здоров'я працівників (як і навпаки – організація впливає на здоров'я окремої людини), цей рівень структурований окремо. Особливістю взаємовпливів на цьому рівні є те, що вагомість впливу суттєво детермінована авторитетом і владою людини, її місцем в організації. Зрозуміло, наприклад, який вплив на психічне здоров'я працівників справляє стиль керівництва перших осіб в організаціях або як здоровий (чи нездоровий) спосіб життя керівників, їх особисті звички і схильності впливають на спосіб життя підлеглих, відбиваються на їхньому фізичному здоров'ї.

Четвертий рівень здоров'я – **здоров'я громади**. У даному контексті поняття громади визначається переважно за територіальною ознакою – село, селище, район, мікрорайон, містечко, місто, тобто той найближчий соціум, де людина перебуває впродовж тривалого часу свого життя. Громада також може складатися за етнічними або професійними ознаками, політичними чи релігійними переконаннями тощо. Кожній громаді притаманні свої особливості стосовно культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку, і, природно, ці особливості визначають стан здоров'я людей.

У контексті соціальної роботи поняття «громада» – це група людей зі сталими стосунками, що має мету та інтереси, які поєдналися для вдосконалення себе та світу, в якому живе.

Наступний, п'ятий рівень – **рівень країни**, і останній, шостий – рівень **усього світу**.

Таке структурування рівнів здоров'я має підкреслити уявлення світової спільноти щодо зв'язку між індивідуальним і громадським здоров'ям, яке визначає наскрізну залежність і взаємодетермінованість усіх рівнів. Тобто від **індивідуального** здоров'я людини залежить здоров'я **певної групи людей**, які становлять її найближче оточення, і здоров'я **організацій**, що, у свою чергу, або складаються з таких груп, або людина (групи людей) з ними пов'язана. Від здоров'я груп і організацій залежить здоров'я **громади**, до якої вони входять, а від здоров'я сукупності громад залежить здоров'я **країни** в цілому. Здоров'я країн, таким чином, визначає здоров'я **всього світу**. Зрозуміло, що наведений прямий зв'язок (від людини до людства) діє також і в зворотному напрямі (від людства до людини).

Наскрізна залежність і взаємозумовленість усіх рівнів здоров'я визначає саме ту позицію, що проголошують країни – сучасні лідери в сфері громадського здоров'я та формування здорового способу життя:

– кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства;

– усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини.

У практичній політиці цей підхід визначає потребу керуватися під час розробки заходів щодо здоров'я тим принципом, що, з одного боку, держава відповідає за здоров'я своїх громадян, а з іншого – громадянин відповідає за здоров'я своєї країни. Певна новина такого підходу для українського суспільства полягає у незвичності усвідомлення тези особистої відповідальності громадянина за своє власне, а тим більше – за громадське здоров'я. Ця теза є нетрадиційною для вітчизняного менталітету, зважаючи на давню звичку наших людей в усіх кардинальних питаннях щодо устрою суспільного буття покладатися на державу.

Література

1. **Зимівець Н. В.** Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді//Зб. наук. пр. – Вип. 8. – К., 2005. – с. 161-165.

2. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації: Метод. матеріали для тренера /Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошніченко; За заг. ред. І.Д. Зверєвої. – К.: Наук. світ, 2004. – 95 с.

3. **Формування** здорового способу життя молоді: проблеми, перспективи. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000.

4. **Формування** здорового способу життя молоді: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців/О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.



Визначальні фактори здоров'я

Коли ставлять питання: «Що потребують окремі особи і сім'ї, щоби бути здоровими?», люди в багатьох куточках світу пропонують дуже схожий перелік потреб, подібний до нижчезазначеного. В галузі популяризації здоров'я такі передумови добробуту мають назву «чинники здоров'я».

1. **Основні фізичні потреби** – відповідні харчування, одяг, притулок, чиста питна вода, санітарне видалення відходів та доступ до медичних послуг.

2. **Духовність та почуття мети** – зв'язок із Творцем та ясне почуття мети й спрямованості в індивідуальному, сімейному та громадському житті, а також у колективному житті народу.

3. **Цінності, мораль та етика, що підтримують життєдіяльність** – керівні принципи та кодекс поведінки, які визначають можливості вибору щодо всіх аспектів життя, тому на рівні окремих осіб, сімей, інституцій і всієї громади люди усвідомлюють, які шляхи ведуть до людського добробуту, а які – до злиднів, нещастя та смерті.

4. **Безпека та захист** – свобода від страху, залякування, погроз, насильства, карного переслідування та всіх форм насильства як у родинах/вдома, так і в усіх інших аспектах колективного життя людей.

5. **Достатній дохід і стала економіка** – доступ до ресурсів, необхідних для підтримання життєдіяльності на такому рівні, який дозволить безперервно підвищувати добробут людини та розвивати процеси економічної активності, які здатні забезпечувати стаке процвітання.

6. **Достатня влада** – поміркований рівень контролю та погляду на формування свого власного життя та середовища за допомогою процесів значущої участі в політичному, соціальному та економічному житті громади і країни.

7. **Соціальна справедливість і рівноправність** – справедливий і рівноправний розподіл можливостей для всіх, а також сталі механізми й процеси щодо зрівноважування несправедливості та шкоди, яких зазнали або зазнають.

8. **Культурна цілісність та ідентичність** – гордість за спадщину і традиції, доступ та використання мудрості й знань минулого, здорове ототожнення з процесами життєдіяльності своєї культури як ясний та життєздатний спосіб життя для окремих осіб, сімей, інституцій, громад та країни.

9. **Солідарність громади та соціальна підтримка** – жити в єдиній громаді, в якій помітно відчувається її спільна єдність і в якій кожна людина відчуває любов, піклування та потрібну підтримку від інших людей.

10. **Міцні сім'ї та здоровий розвиток дитини** – сім'ї, зорієнтовані на духовність, люблячі, згуртовані, вільні від шкідливих звичок і зловживань, які значною мірою зосереджені на підтримці потреб розвитку дітей з часу їхнього зачаття, упродовж перших років їхнього життя та увесь час протягом дитинства і юності.

11. **Безпечні екосистеми та сталі взаємини між людськими істотами та світом природи** – світ природи цінується і шанується як святий з боку людей. Зрозуміло, що людські істоти живуть у природі, як риба живе в воді. Повітря, яким ми дихаємо, вода, яку п'ємо, ґрунт, на якому ми вирощуємо продукти харчування, та живі істоти, поміж яких ми живемо і від яких залежимо, щоби життя всіх нас було вільне від отрути, хвороб та інших загроз. Ніколи ніхто не прагне досягти економічного процвітання за рахунок руйнування довкілля. Навпаки, людські істоти працюють пліч-о-пліч з тим, щоб охороняти природу, зберігати та плекати дари, які дав нам Творець.

12. **Можливості навчання** – послідовні та систематичні можливості безперервного навчання та вдосконалення в усіх аспектах життя, особливо ті, що пов'язані з ключовими особистими, соціальними та економічними проблемами, з якими стикаються громади, а також можливості щодо посилення участі в житті громадянського суспільства.

13. **Відповідні послуги для людей та система мінімального соціального захисту** – програми і процеси, що сприяють, підтримують та посилюють виліковування людей та

соціальний розвиток, а також захищають найвразливіших та дають їм можливість мати гідне життя і досягати відповідних рівнів добробуту.

14. **Значуща робота та служба на користь інших** – можливості для всіх щодо свідомого внеску в досягнення добробуту і прогресу їхніх сімей, громад, країни, а також глобальної людської сім'ї.

Література

1. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації: Метод. матеріали для тренера/ Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошніченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук. світ, 2004. – 95 с.

2. **Формування** здорового способу життя молоді: проблеми, перспективи. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000.

3. **Формування** здорового способу життя молоді: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців/О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.



Право на здоров'я та право на охорону здоров'я

Бажання і прагнення бути і відчувати себе здоровим властиві людській натурі, і будь-яка людина має природну потребу в їх матеріалізації. Для цього їй має бути надане і забезпечене право на здоров'я як одне з основних прав людини.

Права людини – це забезпечені державою можливості задоволення людиною своїх життєвих потреб та інтересів.

Права людини¹:

- гарантовані міжнародними стандартами;
- законодавчо захищені;
- спрямовані на захист гідності людини;
- захищають окремих осіб і групи людей;
- зобов'язують держави і державні установи;
- не підлягають відмові або позбавленню;
- є взаємозалежними і взаємопов'язаними;
- є загальними² для всіх і кожного.

Уперше про здоров'я як один з об'єктів невідчужуваних соціо-економічних прав людини було офіційно заявлено на Міжнародній конференції по створенню ООН у Сан-Франциско в 1945 р. Саме тоді, у ст. 55 Статуту ООН, здоров'я згадане в числі міжнародних економічних, соціальних і суміжних проблем, які пізніше отримали назву прав і свобод людини і громадянина, вирішенню яких зобов'язалася сприяти ця Всесвітня організація.

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, створеної 1946 р., став першим міжнародним документом, в якому сформульоване визначення права на здоров'я як «права на найвищий досяжний стандарт фізичного, розумового і соціального благополуччя». Надалі положення про право на здоров'я знайшло відображення в численних міжнародних і національних правових документах.

¹Адміністративний Комітет з питань координації (АКК); Система ООН і права людини: керівні принципи і довідкова інформація для системи координаторів-резидентів, затверджені від імені АКК Консультативним Комітетом з програм і операційних питань на 16-й Сесії в Женеві у березні 2000 року.

²Це означає, що вони мають бути застосовані до всіх і всюди.

Право на найвищий стандарт здоров'я в міжнародному законодавстві щодо прав людини вимагає низки суспільних заходів, норм, інститутів, законів, сприятливого середовища, які найкращим чином забезпечать здійснення цього права. Інтерпретація права, яка заслуговує на найбільшу довіру, подана в ст. 12 Міжнародного Договору про економічні, соціальні та культурні права (МДЕСКП), ратифікованого 145 країнами.

У травні 2000 р. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, який відстежує виконання Договору, прийняв Генеральний коментар до права на здоров'я.

Комітет розглядає право на здоров'я як неподільне право, що поширюється не тільки на своєчасне і відповідне медичне обслуговування, а й на основні чинники здоров'я: доступ до безпечної та придатної для пиття води; відповідні водопровід і каналізацію; достатня кількість безпечного продовольства; харчування і житло; безпечні умови праці та здорове навколишнє середовище; доступ до інформації, що стосується здоров'я, включаючи статеве і репродуктивне.

«Право на здоров'я не означає право бути здоровим, як і те, що бідні уряди мають створювати дорогі системи охорони здоров'я, на фінансування яких у них немає ресурсів. Однак від урядів і державних органів влади очікується розробка політики і планів дій, внаслідок яких буде забезпечена наявність доступних медичних послуг для всіх у найкоротший термін. Забезпечення вищезгаданого є складним завданням як для фахівців із прав людини, так і для професійних медичних працівників».

Мері Робінзон,

Верховний комісар ООН з прав людини

Досі існують розбіжності з приводу того, чи треба нарівні з терміном «право на здоров'я», або навіть замість нього, вживати які-небудь інші терміни, наприклад: «право на охорону здоров'я», як це іноді робиться в міжнародній

практиці й договорах, а також в літературі з питань гуманітарного права і права з охорони здоров'я. У цьому разі слід мати на увазі, що проблеми охорони здоров'я впливають з права на здоров'я і стосуються медичної, організаційної, фінансової та багатьох інших сторін його забезпечення.

Як права людини сприяють роботі по зміцненню системи охорони здоров'я?

Права людини – це стандарт, згідно з яким оцінюються існуюча політика і програми в сфері охорони здоров'я.



Теоретичні засади освіти заради здоров'я

Профілактична робота

Сьогодні в Україні реалізується достатньо велика кількість програм, проектів спрямованих на формування здорового способу життя у підлітків та молоді. Однак статистичні данні про стан їхнього здоров'я свідчать, що профілактичні зусилля педагогів, соціальних і медичних працівників не завжди досягають результату, а інколи навіть викликають відчуття розчарування, оскільки поведінка дуже великої кількості учнівської молоді прямо протилежна тому, до чого їх закликають.

Традиційно профілактика розглядалась як «комплекс заходів щодо попередження негативних явищ і станів особистості». При такому підході увага зосереджувалась на недопущенні захворювань і протидії шкідливим звичкам. Підлітки (в переважній більшості) розуміють здоровий спосіб життя як систему штучних заходів, спрямованих на подолання шкідливих звичок і позбавлення людини певних набутих хворобливих станів, а не як природний спосіб життєдіяльності.

Сучасні підходи до сприяння здоров'ю базуються на принциповій програмній тезі про те, що профілактика – це активний поступальний процес створення умов і формування особистих якостей, які підтримують благополуччя. Первинна профілактика розглядається як комплекс соці-

альних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на пропаганду здоров'я, формування навичок здорового способу життя, відповідальної безпечної поведінки та попередження можливих негативних дій відносно здоров'я.

Передумови успішної профілактичної роботи:

– Визначення потреб та пріоритетів щодо впровадження програм, виходячи з огляду ситуації в громаді.

– Завчасний початок втручання.

– Наявність ресурсів (направленість політики на сприяння здоров'ю, підготовлена до проведення профілактичної роботи команда, фінансова підтримка).

– Використання науково обґрунтованих стратегій (здоров'я як цінність, життя може і має приносити задоволення, ти сам відповідаєш за себе).

– Загальна оцінка та науковий супровід з боку спеціалістів.

Істотне значення для розкриття сутності профілактики має поняття «якість життя», що визначається як «ступінь задоволеності індивідом важливими можливостями його життя». При такому підході метою профілактики є забезпечення безпечного та підтримуючого середовища, доступу до інформації, допомоги в набутті життєвих навичок. Очевидно, що життєві навички створюють особисті можливості учнівської молоді для досягнення благополуччя в різних сферах життєдіяльності, реалізації життєвих планів. Саме на формування та розвиток навичок і умінь відстоювати особисті цінності, проектувати майбутнє, аналізувати життєві ситуації, прогнозувати можливі наслідки, приймати рішення, не піддаватися тиску однолітків, впливу ЗМІ, ефективно спілкуватися, відшукувати інформацію та служб надання допомоги в сфері здоров'я, звертатися до відповідних служб мають бути направлені профілактичні програми.

Здоровий же спосіб життя – це спосіб життєдіяльності людини, метою якого є формування, збереження і зміцнення здоров'я.

Таким чином, метою профілактичних програм по формуванню здорового способу життя мають бути «уміння людини або групи людей визначати і реалізовувати свої прагнення, задовольняти потреби, змінювати середовище і справлятися з ним для того, щоб досягти стану повного фізичного, психічного і соціального добробуту».

Просвітницька діяльність

Серед комплексів заходів, спрямованих на пропаганду здоров'я, формування навичок здорового способу життя, відповідальної безпечної поведінки та попередження можливих негативних дій відносно здоров'я, особлива роль відводиться просвітницькій діяльності.

Просвітницька діяльність – це активне поширення знань, інформаційна підтримка та позитивний вплив у процесі індивідуального, групового, масового спілкування в умовах навчально-виховного закладу, за місцем проживання, в місцях масових зборів і відпочинку дітей та молоді.

Принципи ефективної просвітницької діяльності:

– Адресність – відповідність діяльності рівню психічного і фізичного розвитку культурним і соціальним особливостям цільової групи, національним, регіональним відмінностям, стереотипам масової свідомості та іншим чинникам.

– Комплексність – інформування здійснюється з урахуванням мотивації й орієнтоване на формування навичок відповідальної поведінки, збереження здоров'я.

– Коректність у поданні інформації – точка зору аргументується, спосіб поведінки пропонується, але ніщо не нав'язується; повага до позиції, почуттів і емоцій учасників.

– Спадкоємність, послідовність – робота спирається на базові знання учасників.

Просвітницька робота щодо формування здорового способу життя не є роботою моментальної дії. Для того, щоб сформувавши відповідальну, безпечну поведінку у підлітків,

потрібна планомірна, щоденна, копітка праця різних фахівців і, безперечно, самих молодих людей.

Види просвітницької діяльності:

– семінари-тренінги з підвищення рівня поінформованості щодо переваг здорового способу життя, формування відповідальної поведінки, її зміни на більш безпечну, створення мотивації на збереження здоров'я; актуалізація проблем, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям;

– індивідуальні консультації з питань збереження здоров'я і запобігання розвитку захворювань, а також зміни поведінки на більш безпечну;

– проведення інформаційних кампаній, масових акцій по приверненню уваги до проблеми і підвищення рівня поінформованості населення;

– реалізація волонтерських програм як технологія залучення молоді до соціально-значущої діяльності і спосіб поширення інформації за принципом «рівний – рівному»;

– створення і поширення інформаційної продукції профілактичного характеру.

Навчання є провідною ланкою просвітницької діяльності. Сутність такого навчання полягає в тому, щоб отримані знання стали реально діючими мотивами поведінки. Спочатку слід надати підлітку достовірну інформацію, а надалі створювати умови переходу цієї інформації до особистого досвіду, формувати навички відповідального безпечного способу життя.

Характеристики ефективних просвітницьких програм

Дугласом Кербі, директором відділу досліджень, ЕТР Ассосієйт (США) був проведений аналіз просвітницьких програм з формування здорової сексуальної поведінки, зміни ризикованої поведінки. На підставі їх вивчення автор виділив ряд загальних характеристик ефективних просвітницьких програм, а саме:

1. Ефективні програми базувалися на теоріях пізнання, впливу та осмисленої дії (знання, мотивація, очікування результату, самореалізація).

2. Ефективні програми продовжувалися принаймні 14 занять. Вони проводилися в невеликих групах (до 17 осіб) й передбачали використання інтерактивних методик.

3. Ефективні програми постійно нагадували про конкретні принципи або норми. Базові принципи і норми програм ураховували вік і досвід цільової аудиторії.

4. Ефективні програми відпрацьовували навички моделювання життєвої перспективи, ефективного спілкування, прийняття рішень.

5. Ефективні програми навчали тих, хто проводив заняття, тобто викладачів або однолітків, які виступали у ролі вчителів для своїх ровесників.

Головна особливість викладання дисциплін, що будують та охороняють здоров'я, – правильне визначення вікової мотивації накопичення і збереження здоров'я. Просвітницька робота, яка базується на формуванні у юнацтва мотивації до збереження та зміцнення тільки фізичної складової здоров'я, не досягає очікуваного результату. А ось перспектива близької самостійності змушує молодих людей замислитися над вибором професії та перспективами майбутньої кар'єри. Особливе місце в цьому віці в житті молодої людини приділяється стосункам із протилежною статтю. Таким чином, мотивацією до збереження здоров'я стають кар'єрні прагнення, прагнення бути коханими, значимими, прагнення до самопізнання. Отже, саме їх слід враховувати під час планування роботи по навчанню здоров'ю.

Також потрібно враховувати особливості психології молоді й тоді, коли визначаються методи роботи. І обирати саме ті методи, які з найбільшою імовірністю ведуть до кінцевого результату. Використання інтерактивних методів навчання є однією з соціально-педагогічних умов формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Провідним методом навчання має бути соціально-

просвітницький тренінг, участь в якому надає можливість учасникам: обмінюватись один з одним інформацією і висловлювати власну думку, говорити і слухати, приймати рішення, обговорювати і спільно вирішувати проблеми, розвивати особистісні та соціальні навички.

Не менш необхідною умовою процесу формування відповідального ставлення до здоров'я є цільова, систематична і безперервна підготовка педагогів, соціальних працівників до формування мотивації і навичок здорового способу життя.

Профілактичні програми, які навіть розроблені у відповідності з сучасними підходами до організації просвітницького процесу, здійснюються силами педагогів і соціальних працівників, які в більшості своїй не знайомі з теоретичними основами. Відповідно вони нерідко пристосовують програму так, як вони вважають за потрібне, наприклад, замість проведення тренінгових занять проводять бесіди та лекції, що, безумовно, зменшує ефективність.

Література

1. **Громада** як осередок соціальної роботи з дітьми та сім'ями: Метод. матеріали для тренера/Авт.-упоряд. О. В. Безпалько, Т. П. Авельцева, О. М. Петрик, Г. О. Притиск; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук. світ, 2004. – 69 с.

2. **Збереження** та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: метод. матеріали до тренінгу/Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець; За заг. ред. Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 205 с.

3. **Зимівець Н. В.** Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді//Зб. наук. пр. – Вип. 8. – К., 2005. – с. 161-165.

4. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації: Метод. матеріали для тренера/Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І.

Мірошніченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук. світ, 2004. – 95 с.

5. **Теоретико-методичні** засади покращання громадського здоров'я: Матеріали семінару/Тренери Е. Роджерс, Н. Моран, А. Мохамет. – К.: Християнський дитячий фонд, 2006.

6. **Формування** здорового способу життя молоді: проблеми, перспективи. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000.

7. **Формування** здорового способу життя молоді: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців/О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.



«Здоров'я-21»

Європейським регіональним бюро ВООЗ прийнята програма «Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в європейському регіоні ВООЗ».

Політика «Здоров'я-21» має одну постійну мету – досягнення всіма людьми якомога повнішої реалізації індивідуального потенціалу здоров'я.

Політика "Здоров'я-21" побудована на таких міркуваннях:

– носії влади в змозі позитивно впливати на розвиток суспільства або взагалі змінювати його на краще, якщо, приймаючи рішення, чітко й відповідально братимуть до уваги те, як ці рішення впливатимуть на здоров'я людей;

– позитивні дії щодо громадського здоров'я, як правило, пов'язані з пошуком компромісу між прагненням до збагачення і необхідністю поліпшення здоров'я;

– здоров'я є необхідною передумовою добробуту і мірилом зменшення бідності, збільшення справедливості, зміцнення суспільної згуртованості. Тому ступінь успіху

державної і громадської політики може бути визначений ступенем їх впливу на здоров'я;

– добре здоров'я є підґрунтям сталого економічного зростання, тому перерозподіл інвестицій на потреби охорони здоров'я не тільки збільшує безпосередні ресурси цієї сфери, а й сприяє загальному економічному і соціальному розвитку.

В Програмі «Здоров'я-21» висунуто 21 завдання на ХХІ століття, які являють собою посібник з політики і стратегій досягнення здоров'я для всіх країн Європи.

Перелік «21xXXI» (двадцять одне завдання на двадцять перше століття):

1. Солідарність країн в інтересах охорони здоров'я в усьому європейському регіоні.

2. Рівність жителів регіону в питаннях охорони здоров'я.

3. Здоровий початок життя.

4. Здоров'я молоді.

5. Збереження здоров'я в похилому віці.

6. Покращання психічного здоров'я.

7. Зменшення поширеності інфекційних захворювань.

8. Зменшення поширеності неінфекційних захворювань.

9. Скорочення травматизму внаслідок насильства і нещасних випадків.

10. Здорове і безпечне фізичне середовище.

11. Здоровий спосіб життя.

12. Зменшення збитків від уживання тютюну, алкоголю, інших речовин, що викликають залежність.

13. Здорові умови соціального середовища.

14. Міжгалузєва (міжсекторальна) співпраця щодо здоров'я.

15. Інтегрування спеціалізованої галузі охорони здоров'я до інших секторів, посилення її профілактичної орієнтації.

16. Удосконалення управління системою охорони здоров'я для забезпечення високоякісної медико-санітарної допомоги.

17. Посилення фінансування і ресурсів охорони здоров'я.

18. Посилення кадрового ресурсу охорони здоров'я.

19. Наукові дослідження та інформація з питань охорони здоров'я.

20. Мобілізація партнерів в інтересах охорони здоров'я.

21. Дотримання політики і стратегій досягнення здоров'я.

2.2. Оцінка потреб громади у сфері здоров'я

Мета: ознайомити учасників з окремими методами оцінки потреб громади у сфері здоров'я.

Завдання:

- розкрити зміст понять «громада», «оцінка потреб»;
- визначити особливості використання методів опитування в процесі оцінки потреб громади у сфері здоров'я;
- ознайомити учасників з методикою оцінки громадою своїх потреб;
- опрацювати окремі методи оцінки потреб громади;
- розглянути методи пріоритизації проблем громади у сфері здоров'я;
- формувати в учасників навички щодо розробки плану дій по вирішенню проблем громади.

Ключові поняття: громада, оцінка потреб, методи опитування, оцінка громадою своїх потреб.

Необхідне забезпечення: блокноти для фліпчарту – 2; папір формату А-4; стікери (5 кольорів) – 1 блок; маркери – 5 наборів; роздаткові матеріали по кількості учасників.

Тривалість: 2 дні по 7 годин.

План проведення

Перший день

1. Організаційна частина.
2. Мозковий штурм «Громада – це...».
3. Інформаційне повідомлення «Сучасні підходи до розуміння громади».
4. Робота в групах «Яка інформація необхідна для оцінки стану здоров'я в громаді».
5. Інформаційне повідомлення «Два підходи до визначення проблем та потреб членів громади».
6. Обговорення можливостей використання методів опитування для оцінки потреб громади у сфері здоров'я.
7. Робота в групах: розробка опитувальника для членів громади.

Другий день

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.
2. Інформаційне повідомлення «Фази проведення оцінки громадою своїх потреб».
3. Опрацювання окремих методик оцінки громадою своїх потреб.
4. Ознайомлення з методикою пріоритизації проблем.
5. Підведення підсумків роботи.

◆ Інформаційні матеріали

Сучасні підходи до розуміння громади

Розглядаючи сутність громади як соціального феномену в практиці вітчизняної соціальної роботи, доцільно, в першу чергу, звернутися до тлумачення цього терміна зарубіжними науковцями, зокрема до літератури з проблем розвитку англійської та американської моделей соціальної роботи, в якій значна увага приділяється визначенню змісту терміна «громада» (community).

Поняття «громада» походить із соціологічного тезаурусу і застосовується з метою опису соціальних взаємин у межах груп населення або територіальних одиниць. Чимало соціологів намагалися проаналізувати концепцію громади, формулюючи численні дефініції. Як свідчать результати вивчення різноманітних довідкових і словникових джерел, нині спостерігається полісемія у визначенні сутності та характеристики громади. Підтвердженням цього може бути визначення із Оксфордського тлумачного словника А. С. Хорнбі, в якому поняття «громада» (community) тлумачиться як група людей, що об'єднана спільним походженням, расою, соціальним станом, релігійними переконаннями та місцем проживання – районом, населеним пунктом тощо, де розташована низка соціальних інститутів: сім'я, школа, церква, організації сфери дозвілля та медицини [17, с. 233].

У соціології громада переважно розглядається як спільнота – об'єднання людей з метою соціальної взаємодії. В основу утворення й функціонування соціальних спільнот

покладені різноманітні чинники, особливості, ознаки: суспільний поділ праці, сфера й характер діяльності, стабільність інтересів, потреб, цілей, завдань; походження, культура, менталітет. Термін «спільність» підкреслює асоціативний, сумісний, спільний характер життєдіяльності людей, об'єднаних на основі певних спільних рис і ознак, зв'язків, що обумовлює багатоманітність форм соціальних спільностей [13, с. 43].

Як зазначав український вчений Омелян Терлецький на початку ХХ ст., «чоловік не може жити одинцем, і він живе громадою. Але живучи так, мусить подбати про організацію цієї громади, бо тільки у зорганізованій громаді може бути лад і порядок. Приклад цього можемо знайти не тільки в людському життє, оглядаючи зорганізовані громади людей, але це видно теж у звірів, птахів і навіть комах, які живуть громадами».

Громада – це групова соціальна спільнота, члени котрої поділяють єдину територію, об'єднані повсякденними регулярними стосунками. Вона відрізняється від інших спільнот індивідуальністю та емоційністю внутрішніх зв'язків, що обумовлюється родовими, сусідськими й товариськими взаємостосунками, культурою, замкнутістю системи.

Нині громада є не лише фізичною територією або скупченням мешканців, вона існує завдяки соціальному перетину психологічних, побутово-економічних та юридичних засад [11, с. 20]. За твердженням Р. Шеффера та інших сучасних американських соціологів, термін «місцева спільнота» означає групу людей у природному навколишньому середовищі з географічними, політичними і соціальними кордонами та досить розвинутим спілкуванням одне з одним. Таке спілкування може бути не завжди активним, але воно має бути явним. Люди або групи взаємодіють на певній території для досягнення спільних цілей [1].

Спільнота тому й спільнота, що всі її члени мають у чомусь спільні погляди, смаки, звички, вірування, настанови, способи поведінки як свідомі, так і неусвідомлювані. До усвідомлюваних компонентів традиційної світобудови,

представлених спільнотою, або усвідомлюваних лише частково, фрагментарно, відносять певні схильності, симпатії-антипатії, пристрасті. Усвідомленими компонентами є передусім спільні моральні орієнтири, норми, правила, звичаї, що мотивують поведінку людей [14, с. 224].

Значна кількість дуже різних спільнот, які ми спостерегаємо в реальному житті, є результатом різноманітних інтересів людей та форм їх задоволення. Притому одна особа може входити одночасно до різних спільнот.

Зараз у соціології існують кілька моделей спільноти. Перша модель – «часткова спільнота» – формується на основі згуртування індивідів із специфічними особистими інтересами. В цій моделі увага акцентується на задоволенні індивідуальних інтересів. При цьому спільнота відіграє роль особливого інструмента для задоволення і розгортання цих інтересів. Індивіди мають право вибирати ту спільноту, часткою якої вони б хотіли бути [8, с. 79]. Саме модель «часткової спільноти» покладено в основу громад за інтересами.

Друга модель спільноти базується на концепції Мак-Айвера, яку він виклав у праці «Спільнота» (1917 р.). Підґрунтям цієї спільноти є прагнення загального добробуту та задоволення інтересів для всіх, причетних до неї. Характерним для таких спільнот є елемент суб'єктності – здатність до самостійного (автономного) відтворення на власній соціокультурній основі різних способів, форм, засобів соціальної активності, спрямованої на задоволення потреб людей [3, с. 108]. Така модель спільноти більш характерна для етнічних, релігійних, територіальних громад.

Громаду в значенні спільноти, як і багато чого іншого в суспільних науках, неможливо визначити однією лаконічною формулою. Це своєрідна соціологічна конструкція, яка має різні форми, розміри, місцезнаходження, по-особливо-му структурована.

В інших соціологічних підходах громада розглядається як локальна соціальна система, що складається з сукупності елементів, які знаходяться в певних зв'язках і вза-

ємвідносинах, утворюють єдине ціле та здатні міняти свою структуру [13, с. 19]. Розглядаючи громаду саме з таких позицій, Маргарет Стейсі зазначає, що однією із суттєвих характеристик громади є сукупність взаємопов'язаних соціальних установ, що охоплюють усі аспекти соціального життя – сімейного, релігійного, правового тощо, які існують у певній географічній місцевості [12].

Американські теоретики наголошують на тому, що «громада – це група індивідів або сімей, члени якої поділяють певні цінності, мають спільні інтереси або користуються послугами тих самих служб та організацій чи живуть в одній місцевості» [12].

Р. Уоррен, досліджуючи особливості функціонування громад в Америці, зазначає, що до їх визначення треба підходити з п'яти різних поглядів, беручи за основу один із них:

- структурний (політико-правовий погляд на громаду);
- соціально-психологічний (культурні зв'язки, цінності, взаємини);
- люди і територія (екологічний або демографічний погляд на громаду);
- процеси діяльності (підхід на основі аналізу різних видів діяльності в громаді);
- функціонування соціальної системи (розгляд громади як такої, що виконує функції відтворення і споживання, процесів соціалізації, соціального контролю, взаємодопомоги тощо).

Водночас Р. Уоррен наголошує, що громада є, насамперед, організацією соціальних стосунків, які надають можливість людям брати участь у діяльності, що необхідна для їх виживання та розвитку.

Англійський дослідник Р. Нісбет стверджує, що «громада – це всі форми взаємодій, які характеризуються високим рівнем особистої близькості, емоційною глибиною, моральною прихильністю, соціальною згодою, тривалістю в часі» [5, с. 156]. Запропонований підхід до розуміння гро-

мади є досить неоднозначним, оскільки згідно з переліченими автором характеристиками як громаду можна визначити родину або дружний колектив людей.

Англійці С. Шонберг і Р. Розенбаум, досліджуючи дієздатність місцевих спільнот, зазначають, що вони є життєздатними тоді, коли жителі об'єднуються з метою впливу на різноманітні аспекти місцевого соціального порядку [9, с. 33]. Життєздатність таких спільнот обумовлюється кількома чинниками, провідними серед яких є:

- завдання підтримання і поліпшення якості життя, збереження середовища, утримання в належному порядку загальної власності, озеленення, робота з дітьми та молоддю тощо;
- визначення лідерів, які володіють навичками громадської роботи і здатні повести за собою інших людей, щоб відстояти інтереси своєї спільноти;
- визначення бажаного майбутнього своєї спільноти, вплив на політику місцевої адміністрації щодо рішень, які є важливими для життя місцевої спільноти;
- задоволення потреб різних категорій членів своєї спільноти і попередження конфліктів інтересів серед них;
- наявність ініціативної групи, яка налагоджує конструктивні взаємостосунки з усіма життєзабезпечуючими службами (комунальними, освітніми, медичними тощо) на території місцевої спільноти.

Американський дослідник Скот Пек також значну увагу приділяє виокремленню характеристик справжньої громади як сукупності людей, які мешкають разом у такий спосіб, який визнає і підтримує їхню «спільну єдність». На його думку, такими характеристиками є включення кожного індивіда в життя громади, прийняття спільних рішень шляхом досягнення консенсусу, враховуються індивідуальні особливості та сильні сторони кожного члена громади, в ролі лідера може бути кожний із членів громади [4, с. 42].

Директор канадського Центру навчання з питань розвитку громади «The Four Worlds» Джуді Боп пропонує в контексті діяльності в межах громади, спрямованої на покращання здоров'я і добробуту окремих осіб і сімей, а також громад, в яких вони мешкають, термін «громада» розглядати стосовно будь-якої групи людей, які встановлюють сталі взаємини між собою з метою вдосконалення самих себе та світу, в якому вони живуть [4, с. 34].

Відступити від структурного підходу до громади пропонував також Д. Кларк. Він вважав, що головними у громаді є психологічні зв'язки між її членами, що ґрунтуються на психологічній ідентифікації людей між собою.

На підставі аналізу поданого вище теоретичного матеріалу можна зробити висновок, що у зарубіжній літературі підходи до визначення громади розподіляються по групах на основі трьох сукупностей значень:

- громада як група людей у певній географічній місцевості;
- громада як сукупність відносин та взаємозв'язків;
- громада як спільнота, здатна до колективних дій.

У вітчизняній історії термін «громада» має досить давнє коріння. За часів Київської Русі її синонімами були «верв», «мир», «село». Як своєрідні громади функціонували в західних землях православні братства. Але найбільш активно в українських письмових джерелах XV-XIX ст. згадується селянська громада з її звичаєвим правом і своєрідними традиціями соціальної підтримки бідних і знедолених.

Інтерес до громади як суб'єкта суспільних відносин у 90-х роках минулого століття був обумовлений, перш за все, розбудовою громадянського суспільства в Україні, що знайшло своє відображення в ст. 1 закону «Про місцеве самоврядування в Україні» (1997 р.). У ньому територіальна громада – це жителі, об'єднані постійним проживанням у межах села, селища, міста, що є самостійними адміністративно-територіальними одиницями, або добровільне об'єднання жителів кількох сіл, що мають єдиний адміністративний центр.

Нині законодавче визначення територіальної громади багатьма вітчизняними соціологами, політиками та правознавцями вважається дещо формальним уже хоча б тому, що проста сукупність мешканців населеного пункту, не поєднаних жодними іншими інтересами, не може становити ефективну громаду. Мешканці населеного пункту, що формально отримали визначення «територіальної громади» за формою, навряд чи одразу ж можуть стати нею по суті. Громада повинна мати, крім спільного простору проживання, ще й цілу низку інших спільних інтересів (інфраструктуру, потребу в послугах певної якості та їх задоволення), відчувати свою визначальну роль у виробленні місцевої політики тощо. А все це набуває обрисів і починає працювати не відразу, для цього потрібно, аби члени громади відчували свою організованість, тобто щоб у громаді існували певні елементарні інститути громадянського суспільства: осередки політичних і громадських організацій, формальні чи неформальні об'єднання громадян за різними ознаками: соціальними, віковими, територіальними тощо [15, с. 3].

Громада є свого роду соціальним інститутом, побудованим на територіальній спільності та соціально-економічному становищі, що виступає регулятором суспільного життя населення.

Аналізуючи сутність територіальної громади як основи місцевого самоврядування, О. Батанов зазначає, що «територіальна громада – це складна «кумулятивна» форма суспільної організації, сукупність людей, асоційованих на публічних засадах у межах певної території та об'єднаних різноплановими ознаками системного характеру (демографічний, територіальний, правовий, політичний, економічний, професійний, мовний, релігійний тощо) [1, с. 57]. Це об'єднання, яке не виключає права людини на індивідуальність, окреме житло та дозвілля, натомість консолідує зусилля багатьох для досягнення усіма бажаного результату.

Отже, коли мова йде про територіальну громаду, завжди постає питання про її границі. Згідно з існуючим у

нашій державі адміністративно-територіальним устроєм більшість дослідників із проблем місцевого самоврядування як різновид територіальної громади виокремлюють: село, селище, район, місто, мікрорайон у місті [1, с. 77].

Як слушно зазначає І. Кокарев, досить складно створити дієздатну громаду на території великого міста. Тому, на його думку, доцільно зосередитися на розвитку сусідських громад, які переважно створюються за місцем проживання людей і є складовою, але самостійною системою місцевого самоврядування, частиною міста, фрагментом міської культури [9, с. 9]. В основу створення таких сусідських громад мають бути покладені спільні інтереси людей, що проживають близько один від одного, або окремі проблеми місцевого рівня, які створюють труднощі чи незручності для життєдіяльності людей.

Всебічне уявлення про особливості тієї чи іншої територіальної громади можна отримати на основі її соціального паспорта, до складу якого відносять такі показники:

- географічний (площа, природні особливості, екологічний стан);
- демографічний (чисельність населення, його віковий та гендерний склад);
- соціальний (соціальні групи, їх ознаки та спрямування);
- економічний (особливості ринку праці, зайнятість населення, рівень безробіття, кількість людей, що існують за межею бідності);
- політичний (політична структура, недержавні організації, наявність лідерів, особливості протестних форм поведінки людей);
- освітньо-культурний (загальноосвітні заклади, вищі навчальні заклади, позанавчальні заклади, особливості організації дозвільної сфери);
- ризики (проблеми, небезпеки, що є в попередніх сферах).

Проте в умовах сьогодення характеристика громади лише за територіальною ознакою, на думку соціологів і

політологів, є примітивно спрощеною. В громадянському суспільстві територіальна громада за своєю сутністю має становити таку спільність людей, яка спрямована на вирішення локальних проблем. Саме така місцева спільнота в результаті спільних взаємних комунікацій об'єктивно спроможна виявляти характерні інтереси та реалізовувати їх на місцевому рівні. Вона має бути здатна до саморозвитку, самоорганізації та саморегуляції, покликана здійснити якісну трансформацію як самої себе, так і всього суспільного організму в цілому. Її багаторівневність детермінована диференційованістю за інтересами, потребами, духовно-ціннісними орієнтаціями кожного її члена і соціальних груп.

З позицій синергетичного та соціокультурного підходів територіальна громада є відкритою самоорганізуючою соціальною системою, носієм певної соціокультурної специфіки. Як колективний суб'єкт діяльності вона складається, в свою чергу, з інших суб'єктів – індивідуальних (окремі активні жителі) і колективних (недержавні некомерційні громадські організації, сусідські групи та інші мікроструктури). Ці суб'єкти розглядаються як структурні елементи громади. Вони взаємодіють як між собою, так і з іншими суб'єктами, які діють на території громади (державні структури, влада, бізнес). У процесі взаємодії між ними може складатися та чи інша система взаємозв'язків – горизонтальних (суб'єкт-суб'єктних) або вертикальних (суб'єкт-об'єктних) – і взаємостосунків – рівноправних (партнерських) чи стосунків залежності та підпорядкування [3, с. 108].

Можна стверджувати, що територіальна громада виникає та змінюється в результаті використання її членами, які керуються тими чи іншими цінностями в межах певної системи, їх взаємозв'язків, взаємодій та стосунків, різних способів, форм, засобів соціальної активності.

Окрім характеристики громади на основі соціологічних і політико-правових підходів, існує ще визначення сутності громади у соціально-педагогічній теорії.

В площині соціальної роботи з дітьми та молоддю А.

Капська розглядає громаду як один із чинників соціального впливу на особистість, проміжну ланку між макросистемою суспільства в цілому і мікросистемою сімейної та особистісної підтримки [7, с. 202].

Такий підхід до трактування громади, звичайно, може мати місце в соціально-педагогічній діяльності. Проте більш доцільно розглядати громаду як різновид соціального середовища соціалізації особистості, що знаходить своє підтвердження в роботах науковців з проблеми соціалізації та соціального виховання [6; 10; 14].

Важливо підкреслити, що громада як соціальне середовище являє собою конкретне поле соціальної діяльності та відносин, де формуються і реалізуються потреби й можливості особи, де кожна людина безпосередньо включається в процес життєдіяльності суспільства. Соціалізація індивіда в переважній більшості розглядається як процес входження у світ конкретних соціальних зв'язків та інтеграції особистості в різні типи соціальних спільностей через культуру, цінності, норми, на основі яких формуються соціально значимі риси особистості. Соціальність людини – це результат діяльності самого індивіда за допомогою діяльності оточуючих людей [6, с. 66].

Отже, цінності, настанови, звичаї, закони та все інше, що створює наші соціальні реалії, конструюються в міру взаємодії одне з одним, покоління за поколінням, день за днем. Іншими словами, спільноти (зокрема громади) конструюють «лінзи», крізь які їхні члени інтерпретують світ. З огляду на основні ідеї соціально-конструктивістського світогляду, буденний досвід кожного окремого «Я» виникає та існує в безперервному взаємному обміні з досвідом інших членів спільноти [14, с. 226 - 227].

Базуючись на факторній моделі соціалізації А. Мудрика, можна говорити про функціонування громади на мікрота мезорівнях соціального середовища. За умови, що однією з провідних характеристик громади є територія, залежно від типу поселення можна говорити про сільську, міську громаду, громаду мікрорайону великого міста як

про мезорівень соціального середовища. За тією ж територіальною ознакою сусідську громаду можна визначати як мікрорівень соціального середовища.

Характеристика громади за спільністю інтересів (культурних, релігійних, професійних тощо) та взаємозв'язків її членів дає підстави також визначати громаду як мікрорівень соціального середовища. Прикладами такої громади можуть бути професійні колективи, об'єднання дітей та молоді за інтересами, об'єднання батьків для спільного вирішення проблем своїх дітей.

У сучасній практиці соціальна робота як професійна діяльність по реалізації різних напрямів соціальної політики переважно здійснюється в умовах територіальної громади як локальної системи мезорівня соціального середовища. У такій системі можна виокремити такі параметри:

- природно-економічні особливості території;
- соціокультурні традиції населення;
- групи людей за гендерно-віковими характеристиками;
- сукупність соціальних інституцій (навчальні та позанавчальні заклади, соціальні служби, спеціалізовані служби, соціокультурні заклади, медичні установи, діяльність яких спрямована на розвиток і соціальну підтримку дітей та молоді);
- органи місцевого самоврядування та виконавчої влади;
- громадські організації.

Саме ці параметри вказують на особливості та відмінності численних територіальних громад, що, в свою чергу, обумовлює і особливості процесу соціалізації людей, які проживають на її території.

📖 ЛІТЕРАТУРА

1. **Батанов О.В.** Територіальна громада – основа місцевого самоврядування в Україні: Монографія. – К., 2001. – 260 с.
2. **Варда Я., Клосовські В.** Острови надій: розробка стратегій локального розвитку. – Івано-Франківськ, 2003. – 312
3. **Воловодова Е., Касперович А.** О социокультурной специфике субъектности территориальной общины: организационный аспект//Социология: теория, методы, маркетинг. – 2004. – №1. – С. 103-119.
4. **Громада** як осередок соціальної роботи з дітьми та сім'ями: Метод. матеріали для тренера/О. В. Безпалько та ін.; За заг. ред. І. Д. Зверєвої. – К., 2004. – 69 с.
5. **Демидова Т. Е.** Сравнительный анализ форм работы в общине в зарубежных странах//Российский журнал социальной работы. – 1997. – № 2. – С. 156-157.
6. **Иваненков С.П.** Проблемы социализации современной молодежи. Изд. 2-е: Монография. – СПб, 2003. – 420 с.
7. **Капська А.Й.** Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. – К., 2001. – 220 с.
8. **Климанська Л., Софин О.** Громада в системі громадянського суспільства//Реформування соц. служб в Україні: сучасний стан та перспективи: Зб. мат. Міжн. наук.-практ. конф. /За ред. Неллі Ничкало, Бреда Мак Кензі. – Львів, 2003. – С. 78-81.
9. **Кокарев И.** Соседские сообщества: путь к будущему России. – М., 2001. – 248 с.
10. **Лавриченко Н.М.** Педагогіка соціалізації: європейські абрисы. – К., 2000. – 444 с.
11. **Найдьонова Л. А.** Соціально-психологічні феномени створення територіальних спільнот//Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 6. – С. 19-22.
12. **Семигіна Т.** Робота в громаді: практика й політика. – К., 2004. – 180 с.
13. **Скуратівський В.А., Шевченко М.Ф.** Соціальні системи та соціологічні методи дослідження: Навч. посібник. – К., 1998. – 188 с.

14. **Титаренко Т. М.** Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003. – 376 с.

15. **Ткачук А. Ф.** Населення чи громада? Або як впливати на місцеву владу. – К., 2003. – 73 с.

16. **Яркина Т. Ф.** Гуманизм как теоретико-методологическая основа социальной педагогики. – М., 1997. – 68 с.

17. **Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English.** A.S. Hornby. Fourth edition //chief editor A.P. Cowie Oxford Univ Press 1995. – 1580 p.



Два підходи

до визначення потреб та проблем громади

Домінантою соціальної роботи у громаді, за словами канадських спеціалістів з розвитку громади Мішеля та Джуді Боп, є, в першу чергу, визначення потреб і проблем громади. Потреба – це стан живого організму людської особистості, соціальної групи або суспільства в цілому, що відображає необхідність у будь-чому, залежність від об'єктивних умов життєдіяльності, і є рушійною силою активності.

Проблема – це питання, що має найважливіше життєве значення, потребує якнайшвидшого розв'язання і досить часто виникає тоді, коли потреби людей не задовольняються.

У практиці соціальної роботи виокремлюють два підходи до визначення потреб і проблем громади.

Перший підхід полягає у тому, що процес визначення потреб громади здійснюється зовнішнім експертом. **Другий підхід** вказує на те, що основними суб'єктами визначення потреб і проблем громади є сама громада. У процесі визначення потреб і проблем громади зовнішній експерт-професіонал може вивчити думку членів громади шляхом опитування, спостереження чи обстеження, проаналізувати отриману інформацію і визначити на основі цього основні, на його думку, потреби і проблеми, що існують у

громаді. Після цього він приймає рішення про надання певних послуг для задоволення існуючих потреб і розв'язання виниклих проблем, враховуючи насамперед можливості організації, яку він представляє, та наявні ресурси. При цьому думка членів громади про необхідність тих чи інших послуг до уваги практично не береться. Безумовно, такі послуги є дуже важливими для благополуччя членів громади, але не всі можуть задовольнити потреби більшості її членів, до того ж не завжди ці послуги спрямовані на вирішення першочергових для громади проблем.

Другий підхід вказує на те, що основним суб'єктом визначення потреб і проблем громади є сама громада. Особливість підходу, що передбачає активну участь членів громади, полягає в тому, що самі пересічні люди визначають власні потреби, аналізують їх, визначають шляхи вирішення і працюють, щоб їх реалізувати. Звичайно, вони можуть отримувати допомогу та підтримку фахівців соціальної сфери, але самі члени громади, а не фахівці, контролюють процес визначення та вирішення певної проблеми (табл. 8)

Підходи до визначення потреб і проблем громади

	Перший підхід	Другий підхід
Суб'єкти, які визначають проблему	Зовнішній експерт (уряд, державні та громадські організації, спеціалісти)	Члени громади
Роль професійних працівників	Основна	Допоміжна
Активність членів громади	Низька	Висока
Інструменти збору інформації	Спостереження, інтерв'ю, анкетування, аналіз документів	Спостереження, інтерв'ю, анкетування, аналіз документів + інтерактивні методи роботи

Визначення проблемно-потребового поля членів громади найчастіше проводять за допомогою таких соціологічних методів, як спостереження, інтерв'ю, анкетування, аналіз документів тощо. Їх систематизована характеристика подана в таблиці 9.

Методи опитування для оцінки потреб громади у сфері здоров'я

Методи	Техніка проведення оцінювання	Переваги	Недоліки
Опитування всіх членів громади	Інтерв'ю з членами громади	Дає широкий погляд на існуючі потреби і проблеми	Вимагає багато часу і витрат
Опитування надавачів послуг	Інтерв'ю з обраною цільовою групою	Інформація отримана безпосередньо від членів цільової групи	Можливі труднощі з визначенням місця перебування членів цільової групи. Вимагає часу і коштів
Опитування ключових осіб	Інтерв'ю з лідерами, впливовими членами громади	Ознайомлення з поглядами лідерів громади	Лідери можуть представляти думку окремої частини членів громади, але не її більшості
Оцінка соціальних індикаторів (показників)	Аналіз чисельності населення, зайнятості, рівня доходів членів громади тощо	Дані є доступними й загалом характеризують соціально-демографічний стан членів громади	Показники не є деталізованими

Аналіз документів	Вивчення адміністративних документів	Надають інформацію щодо основних проблем і турбот членів громади	Можуть бути суб'єктивними та важкодоступними
Вивчення інформації від інших організацій	Аналіз даних і документів державних та інших місцевих організацій	Можуть надати нову інформацію, яку важко отримати з інших джерел	Не завжди є доступними

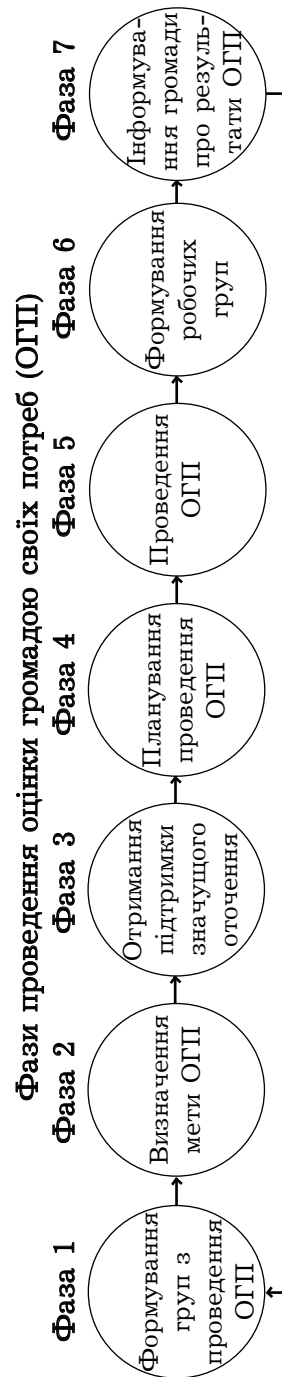
📖 Література

1. **Безпалько О.В.** Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді: теоретико-методичні основи: Монографія. – К.: Наук. світ, 2006. – 363 с.
2. **Технології** активізації громади. Метод. посіб./За ред. О. В. Безпалько. – К.: Наук. світ, 2006. – 95 с.
3. **Семигіна Т.** Робота в громаді: практика й політика. – К.: Видавничий дім «КМ Академія», 2004. – 180 с.



Фази проведення оцінки громадою своїх потреб

Оцінка громадою своїх потреб (ОГП) – це група методів і підходів, що дозволяють людям визначати проблеми громади, аналізувати їх та приймати рішення, які впливають на їх життя в громаді.



Е т а п и

Фаза 1 Навчання методам ОГП	Фаза 2 Визначення очікуваного результату від ОГП Визначення меж громади	Фаза 3 Зустрічі з представниками влади та активістами громад Інформування населення про ОГП	Фаза 4 Визначення інформації, необхідної для ОГП Визначення потенційних учасників ОГП Визначення необхідних ресурсів	Фаза 5 Проведення ОГП у групах, сформованих із представників місцевих громад Огляд і узагальнення можливих вторинних джерел інформації	Фаза 6 Формування ініціативних груп з розробки та подальшого виконання планів щодо вирішення проблем місцевої громади	Фаза 7 Інформування населення через ЗМІ, зустрічі/зібрання
---------------------------------------	--	--	--	---	---	--

				Розподіл ролей і груп під час проведення ОГП	Систематизація результатів		
					Пріоритизація проблем на зборах представників місцевих громад		

Результати

Фаза 1	Сформовано групу зацікавлених людей, знайомих із методами ОГП	Фаза 2	Визначено мету ОГП	Фаза 3	Отримано згоду місцевої влади на проведення ОГП у громаді. Населення знає про майбутню ОГП	Фаза 4	Сплановано процес ОГП і створено всі необхідні умови для проведення ОГП	Фаза 5	Виявлені та визначені проблеми за пріоритетністю	Фаза 6	Сформовані ініціативні групи	Фаза 7	Представники місцевої громади поінформовані про результати ОГП
---------------	---	---------------	--------------------	---------------	--	---------------	---	---------------	--	---------------	------------------------------	---------------	--

Рис. 3. Фази проведення оцінки громадою своїх потреб (ОГП)

◆ ◆ ◆
Методи оцінки громадою своїх потреб
Метод ОГП «Лінії часу»

Перший етап (3 хв.).

Ведучий малює на папері пряму горизонтальну лінію, яка відображатиме певний період часу, і відмічає на ній роки.

1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005

Другий етап (7 хв.).

Кожний учасник отримує 10 карток (аркуш А-5). Усім пропонується пригадати і записати на окремій картці одну подію, яка певним чином (позитивно чи негативно) вплинула на здоров'я членів громади.

Третій етап (15 хв.).

Ведучий об'єднує учасників у чотири групи. Протягом 15 хв. кожна група обговорює та фіксує на невеликих картках (одна подія – одна картка) події, які певним чином (позитивно чи негативно) вплинули на здоров'я членів громади та розвиток соціальної роботи в Україні.

Четвертий етап (15 хв.).

Ведучий пропонує групам по черзі зачитувати події, якими був знаменний конкретний рік, з коротким коментарем. Учасники розміщують картки вздовж лінії в хронологічному порядку (рік за роком), при цьому картки з подіями, що вплинули позитивно, розташовуються над лінією, а картки з подіями, які негативно позначилися на здоров'ї членів громади, відповідно під лінією.

Якщо події, зафіксовані на картці, збігаються, картки кладуть одна на одну.

П'ятий етап: обговорення отриманих результатів у загальному колі (20 хв.)

– Що з того, що відбулося і мало певні наслідки,

вам би хотілося змінити на краще?

– Які проблеми у сфері здоров'я членів громади ми можемо визначити на основі ваших напрацювань?

Даний метод носить ретроспективний характер і використовується переважно для аналізу ситуації, обговорення подій з огляду на їх позитивний чи негативний вплив на життя спільноти. У процесі використання даного методу вже можуть бути окреслені деякі проблеми, що існують у громаді.

Метод ОГП «Рекламний плакат до фільму»

Перший етап: об'єднання у групи (5 хв.).

Ведучий об'єднує учасників у чотири групи за принципом підбору команди для зйомки фільму (продюсер, режисер, сценарист...)

Другий етап: робота в групах (25 хв.).

Перед початком роботи ведучий з'ясовує в учасників, як вони уявляють собі рекламний плакат до фільму (Це короткий анонс змісту фільму. Він повідомляє, про що йтиметься у даній картині).

Потім ведучий пропонує учасникам подумати про стан здоров'я членів громади. Якими здобутками пишається громада? Які проблеми існують? Що їх турбує найбільше? Далі кожній групі потрібно протягом 25 хв. створити рекламний плакат документального фільму про стан здоров'я членів громади, відобразивши реальний стан речей на сьогоднішній день, включаючи і позитивні, і негативні моменти, та придумати назву плаката. У рекламному плакаті потрібно відобразити.

У плакаті має не бути жодних написів, вся інформація має подаватися у вигляді малюнків і символів. Можна написати лише назву фільму.

Третій етап: обговорення учасниками змісту плакатів та інтерпретація своїх думок групою-автором (30 хв.).

Коли плакати готові, їх закріплюють на стінах. Ведучий

разом з учасниками обговорює кожний плакат по черзі. Група, яка створювала плакат, має не брати участь в обговоренні, свої думки з приводу того, що вони бачать і як розуміють зображене, висловлюють лише ті учасники, які не брали участі у створенні плаката. Обговорення плаката здійснюється за такою схемою.

Схема аналізу рекламного плаката

Що Вас найбільше вразило у плакаті?

Які теми підняті групою?

На чому акцентують свою увагу автори плаката?

Під час обговорення ведучий на аркуші фліпчарту фіксує проблеми, визначені учасниками в ході обговорення. Після того, як плакат обговорили, інші учасники групи, яка його розробляла, можуть додати те, про що, на їх думку, не було сказано, або ж про те, що озвучена інтерпретація не відповідає задуму авторів. Якщо під час цього з'ясовуються ще якісь проблеми, ведучий занотує їх до створеного списку. Після обговорення усіх плакатів ведучий оголошує повний перелік проблем, визначених учасниками в процесі обговорення.

Метод ОГП «Майстерня»

Перший етап: індивідуальна робота (5 хв.).

Ведучий роздає учасникам картки, на яких вони фіксують проблеми – не більше 5 (по одній на кожній картці), – вибираючи їх із переліку проблем, які були напрацьовані в ході виконання попередніх вправ. Кожний може занотувати 3-5 проблем.

Другий етап: робота в групах (15 хв.).

Ведучий об'єднує учасників у групи по 4-6 осіб. У кожній групі учасники обговорюють сформульовані проблеми, визначають спільні та відмінні й на окремих картках занотують сформульовані проблеми, які група в результаті обговорення визначила як найбільш актуальні.

Кількість проблем, які ведучий пропонує визначити, залежить від того, скільки учасників візьмуть участь в ОГП.

Але оптимальна кількість визначених проблем має бути 3-5.

Третій етап: групування проблем (30 хв.).

Представники груп по черзі зачитують сформульовані проблеми. Ведучий розміщує картки на видному місці (на стіні чи підлозі), об'єднуючи їх із подібними на основі узгоджених у групі критеріїв.

Таким критерієм може бути зміст проблеми, тобто суть проблеми одна і та ж, але використане різне формулювання.

Картки з подібними проблемами виставляються одна під одною, а з різними – поруч.

Четвертий етап: обговорення результатів у великому колі (10 хв.).

Учасники обговорюють сформульовані проблеми, після чого уточнюють загальне формулювання певної групи проблем. Таким чином, з'являється загальна проблема (узагальнене формулювання) та окремі проблеми, що її складають.

Література

Технології активізації громади. Метод. посіб./За ред. О. В. Безпалько. – К.: Наук. світ, 2006. – 95 с.



Визначення пріоритетності проблем за методикою «Матриця»

Ведучий заздалегідь створює матрицю, склеюючи 4 аркуша фліпчарту разом. Матриця має складатися з таких колонок:

Формулювання проблем	Критерій	Критерій	Критерій	Загальна сума балів
Наприклад: Відсутність дитячого ігрового майданчика в місцевому парку відпочинку	Наприклад: швидкість вирішення			

Проблеми, які були виявлені учасниками в процесі використання методів ОГП, зводяться в єдиний список і фіксуються у лівій колонці матриці зверху вниз, а критерії, за якими вони будуть оцінюватися, записуються у таких колонках зверху і зліва направо.

Багато проблем, в такому разі враховується їх повторюваність.

Для визначення пріоритетності проблем усіх учасників, які працювали над цим, запрошують до великої зали.

Визначення проблем та їх пріоритизацію бажано здійснювати під час однієї зустрічі.

Ведучий разом з учасниками групи визначає критерії, за якими будуть визначатися пріоритетні проблеми.

Приклади критеріїв:

- Актуальність – важливість із точки зору наслідків.
- Швидкість вирішення проблеми.

- Можливість вирішення проблеми власними силами.
- Наявність ресурсів для вирішення проблеми.
- Малі витрати коштів, спрямованих на вирішення проблеми.

Кількість критеріїв/характеристик має бути в межах від двох до чотирьох. Критерій, який обов'язково має бути: можливість вирішення проблеми власними силами.

Проблеми можна оцінювати у балах із використанням квасолин, зернят або інших дрібних предметів, які можна порохувати.

Для визначення пріоритетності проблем кожному учаснику пропонується відрахувати та покласти до склянки визначену кількість квасолин.

Кількість квасолин визначається за такою формулою: кількість проблем помножена на кількість критеріїв. Наприклад, якщо проблем 5, а критеріїв 3, то кожний учасник отримує по 15 квасолин.

Учасники оцінюють проблему спершу за першим критерієм, потім – за другим і т. д. Для цього кількість квасолин слід поділити на N рівних частин відповідно до кількості критеріїв і розкласти одну частину на матриці, віддаючи переважну кількість квасолин найбільш пріоритетним проблемам і менше (або жодної) – менш пріоритетним відповідно до зазначеного критерію.

«Лічильна комісія», яка обирається із членів групи, підраховує кількість квасолин у кожній клітинці й загальну суму з кожної проблеми (горизонтальні лінії).

За отриманими результатами ведучий визначає три найпріоритетніші проблеми. Далі формуються ініціативні групи щодо вирішення цих проблем. Для цього кожен з учасників може написати своє прізвище біля тієї проблеми чи проблем, до вирішення якої він готовий долучитися.

Література

Технології активізації громади. Метод. посіб./За ред. О. В. Безпалько. – К.: Наук. світ, 2006. – 95 с.

2.3. Формування політики щодо сприяння здоров'ю у місцевих громадах

Мета: ознайомити представників органів місцевого самоврядування та виконавчої влади пілотних громад проекту із сучасною концепцією сприяння покращенню здоров'я з метою вироблення соціальної політики сприяння здоров'ю.

Завдання:

- надати учасникам інформацію про сучасну концепцію сприяння покращенню громадського здоров'я;
- розглянути план-схему змін щодо сприяння здоров'ю та обговорити напрямки цієї діяльності;
- ознайомити учасників із принципами побудови програм сприяння покращенню здоров'я;
- надати учасникам інформацію про фасилітативне керівництво як ефективний механізм координації діяльності щодо реалізації програми сприяння здоров'ю.

Ключові поняття: здоров'я, громадське здоров'я, рівні здоров'я, фактори здоров'я, соціальна політика сприяння громадському здоров'ю, популяризація громадського здоров'я.

Необхідне забезпечення: блокноти для фліпчарту – 2; папір формату А-3 – 20 шт.; маркери – 5 наборів; скоч; стікери (5 кольорів) – 1 блок; роздаткові матеріали по кількості учасників у відповідності до змісту семінару.

Тривалість: 2,5 дні (2 дні по 8 годин, 1 день – 7 годин).

План проведення

Перший день

1. Організаційна частина.
2. Визначення понять «здоров'я», «громадське здоров'я».
3. Ознайомлення учасників із сучасною концепцією сприяння здоров'ю.
4. Аналіз ситуації щодо стану здоров'я в громадах.
5. Підведення підсумків роботи у перший день.

Другий день

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.

2. Розгляд передумов створення концепції громадського здоров'я.

3. Визначення шляхів сприяння громадському здоров'ю.

4. Ознайомлення із поняттями «соціальна політика заради здоров'я», «політика заради здоров'я».

5. Ознайомлення із принципами побудови програми сприяння громадському здоров'ю.

6. Розробка проектів місцевих програм покращення громадського здоров'я.

7. Підведення підсумків роботи другого дня.

Третій день

1. Рефлексія знань, отриманих у другий день.

2. Продовження роботи щодо розробки проектів місцевих програм покращення громадського здоров'я (визначення цілей, критеріїв оцінювання).

3. Розробка плану конкретних дій щодо реалізації місцевих програм покращення громадського здоров'я.

4. Ознайомлення з моделлю організаційного розвитку та стилями керівництва.

5. Ознайомлення з типами та ціллю проведення робочих зустрічей.

6. Підведення підсумків роботи.

◆ Інформаційні матеріали

ICF як інструмент оцінювання здоров'я

Для покращення здоров'я необхідні засоби оцінювання, критерієм якого буде ICF (Міжнародна класифікація працездатності, неповноцінності та здоров'я). Стара система класифікації захворювань ICD (Міжнародна статистична класифікація захворювань та проблем здоров'я) була реєстрацією причин смерті. Протягом понад ста років бути здоровим вважалося у першу чергу не бути мертвим (Кель, 2001, стор. 5). Класифікацію ICD було введено у 1900 р., та близько 10 років її редагували. Тому сучасна класифікація називається ICD-10, і саме вона найбільш відома серед фахівців з охорони здоров'я.

Нова класифікація ICF поєднує медичне та соціальне

поняття здоров'я. ICF було прийнято у травні 2001 р. на Генеральній асамблеї ВОЗ після річного процесу обговорювання 191-ю країною-учасницею. Мета ICF – зробити внесок у поліпшення здоров'я кожного конкретного індивідуума або груп населення та системи охорони здоров'я.

Основи ICF:

- Дієздатність людини – не просто неповноцінність.
- Універсальна модель – не модель для меншості.
- Інтегративна модель – не просто медична або соціальна.
- Інтерактивна модель – не лінійно прогресивна.
- Рівноцінність – не етіологічний причинний зв'язок.
- Врахування обставин – не окремо людина.
- Можливість застосування для різних культур – не західні концепції.
- Оперативність – не діє лише теоретично.
- Враховує все життя людини – не розрахована лише на дорослих.

«Для розуміння та пояснення дієздатності та вад було запропоновано різноманітні концепції та моделі. Їх можна виразити поєднанням медичної та соціальної моделей. Медична модель розглядає «ваду», що викликана хворобою, травмою або проблемою здоров'я, як проблему особистості, і медичний догляд має бути у формі індивідуального лікування фахівцями. Менеджмент вад має на меті лікування, пристосування або зміну поведінки людини. Основним пунктом є медичний догляд, та з політичної точки зору йдеться про те, щоб змінити та реформувати політику охорони здоров'я. Соціальна ж модель, навпаки, розглядає ваду в основному як проблему, що викликана суспільством, та на даний момент як питання повної адаптації людини з вадами у суспільство. У цьому разі «вада» не є характерною рисою особистості, а складним переплетенням, які створені суспільним оточенням. Основною темою є ставлення або світогляд, який потребує змін, принаймні у соціальному сенсі. З політичної точки зору ця проблема пов'язана з питанням прав людини.

Концепція ICF базується на поєднанні цих двох моделей. (Німецький інститут медичної документації та інформації, 2002, стор. 23)

Медична модель. Соціальна модель.

Здоров'я в концепції ICF:

- Особиста проблема. Соціальна проблема.
- Медичний догляд. Соціальна інтеграція.
- Індивідуальне лікування. Соціальні дії.
- Професійна допомога. Індивідуальна та колективна відповідальність.
- Поведінка. Ставлення.
- Догляд. Права людини.
- Політика охорони здоров'я. Соціальна політика.
- Індивідуальна адаптація. Соціальні зміни.

ICF виділяє такі пункти як якість життя, соціальна справедливість та участь у суспільному житті, враховує фактори навколишнього середовища та фактор особистості. ICF I не розглядає вади лише як властивість особистості, а як взаємодію між проблемою здоров'я певної особистості та її навколишнім середовищем (Шунтерман, 2002, стор. 5).

ICF базується на засадах залучення та рівноправності, як це було нещодавно наведено генеральним директором ВООЗ, доктором Гро Гарлем Брундтландом у такому прикладі: людині в інвалідній колясці складно потрапити до будинку тому, що там не передбачено ніякого похилого під'їзду або ліфта. ICF ставить таку основну проблему для вирішення: будинок має бути змінений певним чином, а людина не вимушена буде шукати інше місце роботи (Брундтланд, 2002, стор.2)

ICF складається з двох частин, кожна з яких у свою чергу має по два компоненти.

Частина 1. Дієздатність та вада.

- Функції тіла та частини тіла.
- Діяльність та участь.

Діяльність означає виконання людиною завдання або дії (індивідуальний аспект). Наприклад, слухати, писати пові-

домлення, рахувати, тримати тіло прямо, митися, готувати їжу.

Участь означає брати участь у будь-якій сфері життя (соціальний аспект). Наприклад, участь у процесах: шкільна освіта, робота, що оплачується, економічні операції, громадське життя, релігія, відпочинок, політичне життя.

Частина 2. Контекстні обставини.

- Умови оточення.
- Фактори особистості.

Умови оточення складаються з фізичного, соціального оточення людини, а також стосунків з іншими. Наприклад, продукти для особистого вживання, технології спілкування, світло, звуки, вузьке родинне коло, друзі, підлеглі, начальники, індивідуальні стосунки з членами родини, індивідуальні стосунки з людиною, що доглядає; служби, системи соціальної безпеки та принципи їх функціонування; служби, системи правосуддя та принципи їх функціонування. Умови оточення можуть бути як підтримкою, так і перешкодою.

Фактори особистості – це специфічні обставини життя та стиль життя людини. Наприклад, стать, особисті проблеми, соціальні обставини, освіта, професія та інше. Усі ці компоненти дуже тісно взаємодіють (Німецький інститут медичної документації та інформації, 2002, стор. 14-21).

Практичне застосування.

ICF є багатофункціональним інструментом, її можна застосовувати (і зараз вона вже застосовується) у багатьох сферах:

- як інструмент для точного представлення стану здоров'я пацієнта, для планування та оцінки втручання або визначення необхідності реабілітації;
- як статичний інструмент для порівняння даних між різними клініками, групами населення, країнами, тому що пропонує єдину визнану багатьма системою класифікації.

ICF приділяє велику роль соціальній роботі у галузі охорони здоров'я. Визнається також, що соціальна робота

вирішує, спрощує та попереджує складні соціальні проблеми.

За допомогою ICF можна у повному обсязі представити сильні сторони соціальної роботи, забезпечити її постійне розширення та підкреслити її унікальність для охорони здоров'я. Вона належить до основних професій, оскільки соціальність є однією з головних характеристик здоров'я.

Література

1. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації/Упоряд. Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошніченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук. світ, 2003. – 95 с.

2. **Луков В. А.** Социальное проектирование: Учеб. пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Моск. гуманитар.-социальн. академии: Флинта, 2003.



Політика заради здоров'я

Видатний філософ писав: «Всі ми існуємо в межах політики – прагнемо цього чи ні». Існують різні визначення поняття «політика». Так, наприклад, у словнику В. Даля «політика» – визначається як «наука державного управління», тобто вона охоплює все, що пов'язано з владними відносинами. В контексті сприяння покращанню здоров'я ми спираємось на визначення Європейської конференції ВООЗ, Копенгаген, 1994 р.

«Політика – це згода, консенсус серед партнерів в тому, які проблеми слід вирішувати і про те, яким способом або за допомогою яких стратегій це необхідно зробити».

Соціальна політика є складовою внутрішньої політики, яка спрямована на вирішення та управління суспільними процесами, що відбуваються на території держави.

Існує три підходи до визначення соціальної політики:

1. *Підхід добробуту* – соціальна політика забезпечує добробут громадян.

2. *Соціологічний підхід* – соціальна політика стабілізує соціальні відносини.

3. *Економічний* – соціальна політика забезпечує економіку.

Соціальна політика розуміється як діяльність, що направлена на задоволення життєво важливих соціальних потреб населення, а не тільки як діяльність, що направлена на соціальний захист малозабезпечених та вразливих верств населення, та вирішення соціальних проблем, що існують в суспільстві, а також встановлення рівноваги між положенням різних соціальних груп.

Сприяння покращенню здоров'я – пріоритетний компонент соціальної політики.

При плануванні політики сприяння здоров'ю слід спрямовувати ресурси на напрями, де вони справлятимуть найефективніший вплив, дадуть найбільшу користь.

Треба пам'ятати, що наявні результати процесу сприяння здоров'ю – демонстрація професіоналізму та ретельності і «що здоров'я народу – це критерій правильності управління районом, містом, країною.

Планування програм щодо сприяння покращенню здоров'я

Програма організує діяльність різних служб і організацій, розташованих у громаді, і спрямована на досягнення певної цілі.

Програма передбачає координованість і взаємодоповнюваність діяльності кожної служби та організації.

1. Програми розробляються на основі визначення та оцінювання потреб і проблем.

2. Потреби та проблеми визначаються на основі логіки спеціальних знань.

3. Діяльність щодо вирішення визначених потреб і

проблем в межах комплексних мереж різних організацій.

Алгоритм розробки програми

1. Аналіз ситуації.
2. Визначення проблем, потреб та пріоритетів щодо впровадження програм, виходячи з огляду ситуації в громаді.
3. Постановка мети, визначення завдань, критеріїв оцінки.
4. Механізм досягнення, вирішення завдань. Планування конкретних дій реалізації завдань.
5. Реалізація програми.
6. Моніторинг і оцінка.

Аналіз	Визначення проблем і пріоритетних причин
Аналіз ситуації. Аналіз власних можливостей/ потреб. Аналіз цільової аудиторії.	На основі аналізу визначення, проблем, пріоритизація причин
Постановка завдань. Визначення мети	Розробка плану
Визначення мети, яка б відповідала таким критеріям: конкретна; та, яку можна виміряти; реалістична; досяжна; обмежена у часі. Визначення конкретних кроків на шляху досягнення мети	З визначенням часу та відповідальних за виконання завдань
Прогнозування	Мобілізація ресурсів
Прогнозування результату дій, спрямованих на досягнення мети на базі створеного плану дій та залучених ресурсів для його реалізації	Залучення зовнішніх та внутрішніх ресурсів до реалізації втручання, розвиток співробітництва та партнерства
Моніторинг	Оцінка
Діяльність по нагляду за процесом досягнення мети	Аналіз результатів втручання з метою їх подальшої оптимізації та раціоналізації

Соціальна політика
Пріоритети інтервенції

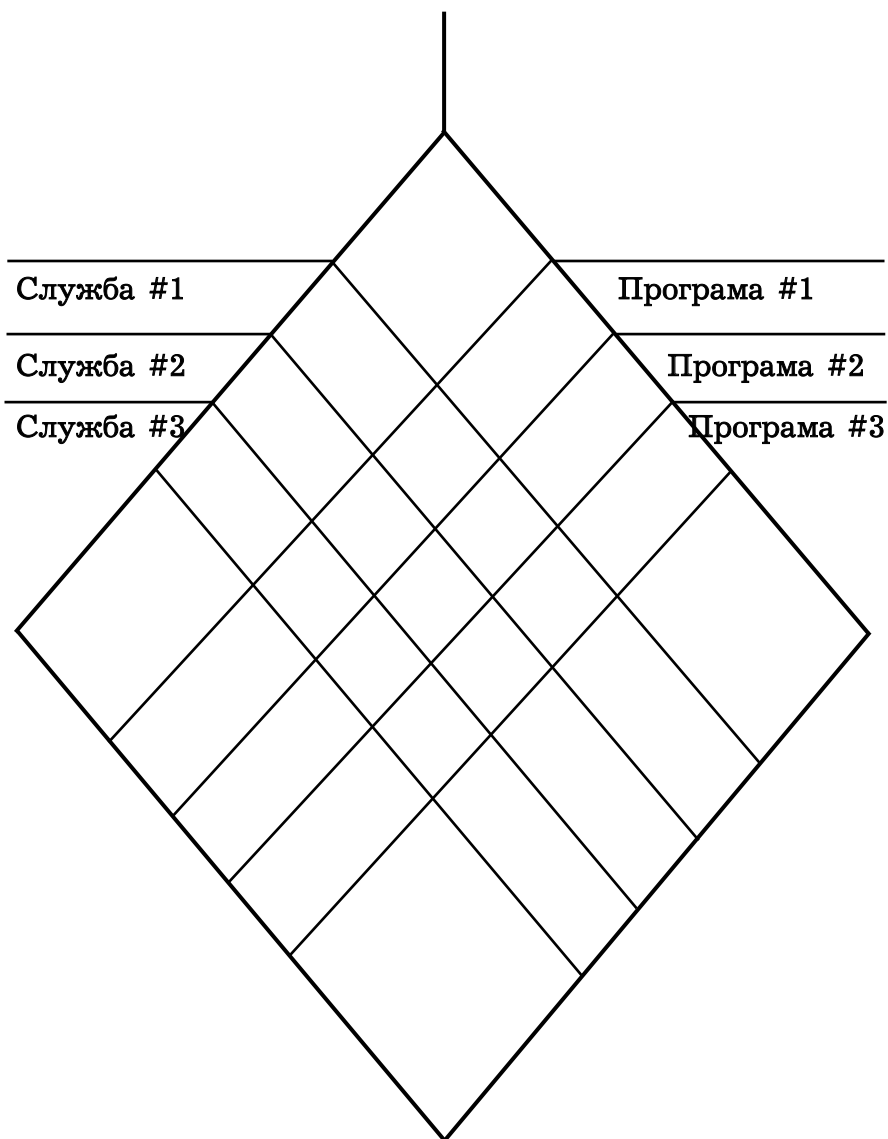


Рис. 4. Організаційна матриця програми

ЛОГІЧНА ТАБЛИЦЯ ПРОЕКТУ, ПРОГРАМИ		
Компоненти проекту	Об'єктивні підстави	Зовнішні умови, фактори
Опис проблеми 1. Чому виникла необхідність виконання проекту? 2. Чому вирішення даної проблеми є пріоритетним завданням?	Які джерела інформації, окрім джерел самого заявника, свідчать про існування і важливість рішення проблеми?	1. Які події, умови, що знаходяться поза контролем проекту, необхідні для того, щоб: <ul style="list-style-type: none"> – виконання завдань проекту сприяло досягненню поставленої мети;
Мета 1. У чому полягає мета діяльності проекту? Як вона пов'язана з вирішенням поставленої проблеми? 2. Хто виграє у результаті реалізації мети? Як дії за проектом змінюють існуючу ситуацію?	1. Які використовуються методи для оцінки реальності мети? 2. Як перевіряючі організації / особи можуть переконатися, що виконання проекту буде дійсно сприяти досягненню мети? 3. Чи передбачає проект збір даних, які б вимірювали ступінь наближення до мети?	<ul style="list-style-type: none"> – досягнення запланованих результатів привело до виконання завдань; – застосування зазначених у проекті методів (напр., проведення заходів) гарантувало б отримання очікуваних результатів; – виділення необхідних ресурсів призвело до проведення заходів, використанню зазначених методів.
Завдання/Очікувані результати 1. Якого конкретно ефекту потрібно добитися під час виконання проекту, тобто якщо проект буде закінчено, то якого покращення або зміни потрібно очікувати щодо цільової групи населення і т.п.?	1. Які факти, дані або показники підтверджують, що проект виконав поставлені завдання? 2. Які є кількісні методи виміру результатів, що дозволяють перевіряючому оцінити ступінь виконання робіт за проектів?	2. Які можливі перепони у кожному із цих «переходів»?

<p>2. Як виконання поставлених завдань наближує ситуацію до досягнення зазначених цілей?</p> <p>3. Які результати (вказати їхню характеристику і кількісний вимір) потрібно отримати для виконання поставлених завдань?</p>	<p>3. Чи передбачається за проектом збір даних, які дозволяють контролювати і коректувати хід виконання робіт?</p>	
<p>Ресурси</p> <p>1. Які ресурси (персонал, фахівці, послуги, товари тощо) слід залучити для здійснення заходів у проекті?</p> <p>2. Які джерела ресурсів (виконавець, підтримуючі організації, партнери, фонди, влада тощо) будуть для цього використовуватися?</p>	<p>1. На якій основі плануються розмір зарплати, вартість обладнання, рівень витрат на транспорт та інші послуги?</p> <p>2. Які показники дозволяють оцінити ефективність використання коштів?</p>	

Пам'ятка для підготовки програми.

- Титульна сторінка.
- Вступ / довідкова інформація.
- Мета та завдання.
- Результати.
- Методи моніторингу та оцінки.
- План дій.
- Бюджет.

1. Титульна сторінка.

- Назва.
- Період часу.

2. Вступ / довідкова інформація.

- Логічне обґрунтування – говорить читачам, чому впроваджується програма/захід.
- Довідкова/базова інформація.
- Епідеміологічні дані (місцеві & зарубіжні).
- Демографічні дані.
- Потреби громади та пріоритети.

3. Мета та завдання.

- Цілі – це розширені твердження того, чого ви сподіваєтеся досягти, але, як правило, не дуже вимірні.
- Завдання – це кроки у напрямі до досягнення мети. Завдання мають бути конкретними, вимірними, досяжними, реалістичними та своєчасними (SMART).

4. Результати.

- Основні результати (основні змінні величини описової статистики).

5. Методи моніторингу та оцінки.

- Проведення досліджень (наприклад, тривале повторне обстеження, дослідження методом випадкової вибіркової сукупності).
- Інструментарій вимірювання (наприклад, анкетування поштою/по факсу, інтерв'ю по телефону, фокус групи тощо).

6. План дій.

- Хто/Де/Коли/Що/Як?
- ХТО: Цільова група (опишіть, для кого або чого було розроблено проект, щоби здійснити вплив або зміни) та партнерство (співпраця з ким?).
- ДЕ: Місце впровадження та контекст програми (опишіть контекст або місце знаходження програми).
- КОЛИ: (опишіть тривалість програми та часові

рамки різних видів діяльності).

- *ЩО І ЯК*: (опишіть заходи, впроваджені для виконання завдань, та як такі заходи виконувалися).

7. Бюджет.

Література

1. **Сучасні** підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації/Упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошниченко; За заг. ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук. світ, 2003. – 95 с.

2. **Луков В. А.** Социальное проектирование: Учеб. пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Моск. гуманит.-социальн. академии: Флинта, 2003.



Типи і цілі робочих зустрічей¹

Типи	Цілі
Інформативна	
Інструктивна зустріч	Надання/передача інформації
Дослідницька зустріч	Збір інформації
Дорадча зустріч	Обмін інформацією
Консультативна зустріч	Обмін думками/поглядами
Колегіальна зустріч	Прийняття рішень

Етапи групової зустрічі

Підготовка зустрічі:

- визначення потреби в зустрічі;
- визначення мети зустрічі;
- визначення складу учасників зустрічі (зокрема висупаючих);
- підготовка порядку денного/програми зустрічі;

- підготовка необхідних матеріалів;
- запрошення учасників;
- підготовка приміщення.

Проведення зустрічі:

1. Вступна частина

- організація робочого простору;
- реєстрація учасників;
- оголошення про початок і суть зустрічі;
- знайомство;
- оголошення норм роботи і необхідної процедурної інформації;
- узгодження порядку денного.

2. Збір інформації та ідей

- виступи експертів/доповідачів;
- збір додаткової інформації про інших учасників зустрічі;
- узагальнення представленої інформації.

3. Структурування інформації

- групування інформації;
- оцінка і пріоритизація інформації;
- обговорення пріоритетної інформації;
- узагальнення результатів обговорення.

4. Підведення підсумків

- узгодження процедури прийняття рішень (якщо треба приймати рішення);
- озвучування результатів;
- закриття зустрічі.

Зворотний зв'язок і оцінка

Матеріал для підготовки зустрічі

- *Сформулюйте проблему, яку збираєтесь вирішувати*

¹За матеріалами Ричард Бланделл «Эффективные бизнес-коммуникации». СПб, «Питер», 2000.

— Чому зустріч є найкращим засобом для вирішення даної проблеми?

— Мета зустрічі

— Хто може вплинути на досягнення мети зустрічі?

Список осіб	Бажано, щоб брав участь	Небажано, щоб брав участь

— Яким чином повідомити потенційним учасникам про майбутню зустріч?

— Який час буде найбільш слушний для зустрічі?

— Яке місце буде найбільш зручним для зустрічі?

— Які матеріали мають бути підготовлені і роздані учасникам?

— На якому етапі і яким чином матеріали будуть роздані учасникам?

— Хто це зробить?

— Чи мають учасники попередньо підготуватися?

— Хто і що має підготувати?

Ім'я, прізвище	Контакти	Що має підготувати

— Які технічні засоби можуть знадобитися під час зустрічі?

— Що ще може знадобитися?

— Чи є потреба повернутися до результатів попередньої зустрічі?

— Хід зустрічі

№	Проміжна ціль	Шлях досягнення

— Хто буде вести зустріч?

— В якій формі будуть зафіксовані підсумки (результати) зустрічі?

— Хто буде узагальнювати матеріали зустрічі і готувати звіт?

Порядок денний

Місце проведення

Час початку

Час завершення

Мета зустрічі

№	Теми/питання для обговорення	Виступаючий	Фасилітатор	Відведений час

Додатки до порядку денного

Список учасників:

- 1.
- 2.
- 3.

Інформаційні матеріали

-
-

2.4. Соціальні рекламно-інформаційні кампанії сприяння покращанню здоров'я

Мета: ознайомити учасників з технологією розробки соціальних рекламно-інформаційних кампаній на локальному (місцевому) рівні щодо сприяння покращанню громадського здоров'я.

Завдання:

- уточнити зміст понять: «сприяння здоров'ю», «популяризація здоров'я» відповідно до сучасної концепції сприяння покращанню здоров'я;
- уточнити з учасниками зміст понять «реклама», «соціальна реклама»;
- обговорити вплив соціальної реклами на формування відповідального ставлення до здоров'я та покращання громадського здоров'я;
- познайомити учасників з основними принципами та особливостями підготовки і проведення соціальних рекламних кампаній щодо популяризації здорового способу життя та покращання громадського здоров'я;
- спланувати проведення соціальних рекламних кампаній на локальному (місцевому) рівні щодо сприяння покращанню громадського здоров'я.

Ключові поняття: реклама, соціальна реклама, рекламна акція, соціальна рекламна кампанія, популяризація здоров'я.

Необхідне забезпечення: блокноти для фліпчарту – 2; папір формату А-3 – 20 шт.; маркери – 5 наборів; скоч; стікери (5 кольорів) – 1 блок; роздаткові матеріали по кількості учасників у відповідності до змісту семінару; зразки рекламної поліграфічної продукції.

Тривалість: 2 дні по 8 годин; 1 день – 6 годин.

План проведення

Перший день

1. Організаційна частина.
2. Обговорення поняття «діяльність щодо популяризації здоров'я».

3. Визначення змісту поняття «реклама».
4. Підведення підсумків роботи у перший день.

Другий день

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.
2. Визначення поняття «соціальна реклама». Обговорення спільного та відмінного між поняттями «реклама» і «соціальна реклама».
3. Знайомство з інструментарієм соціальної реклами: поліграфічна інформаційно-рекламна продукція.
4. Аналіз зразків соціальної рекламної продукції.
5. Інформаційне повідомлення «Рекламне звернення: особливості створення».
6. Інформаційне повідомлення «Рекламні кампанії: принципи, етапи проведення».
7. Підведення підсумків роботи другого дня.

Третій день

1. Рефлексія знань, отриманих другого дня.
2. Практична робота з планування підготовки та проведення соціальних рекламних кампаній на місцевому рівні.
3. Презентація результатів.
4. Підведення підсумків роботи.

◆ Інформаційні матеріали

В останні роки одним з ефективних засобів профілактики спеціалісти сприяння громадському здоров'ю країн визнають соціальні рекламно-інформаційні кампанії.

Соціальна реклама і соціальні інформаційні кампанії належать до засобів первинної профілактики, адже метою соціальної реклами є зміна ставлення суспільства або окремих його представників до проблеми або до групи людей, а в перспективі – створення нових соціальних цінностей.

Насамперед слід зазначити, що термін «соціальна реклама» використовується лише в країнах колишнього СНД. У світі йому відповідають поняття некомерційна та суспільна реклама. Саме тому існує певна відмінність у тлумаченні термінів: **Суспільна (соціальна) реклама пере-**

дає повідомлення, що пропагує певне позитивне явище. Професіонали створюють її безкоштовно (тут більш коректно говорити про етичні засади відмови від прибутку), місце та час у ЗМІ також надаються на безоплатній основі.

Некомерційна реклама – реклама, вироблення якої спонсорується некомерційними інститутами або в їх інтересах. Метою такої реклами є стимулювання пожертв, заклик голосувати на користь того чи іншого кандидата або привернення уваги до справ суспільства.

Власне словосполучення соціальна реклама є калькуванням з англійської «social advertising». Предметом такої реклами є ідея, котра повинна мати певну соціальну цінність. Найчастіше соціальна реклама розрахована на широку аудиторію, яку турбують загальнолюдські проблеми.

Закон України «Про рекламу» № 1121-IV від 11.07.2003 дає таке визначення: «...соціальна реклама – інформація будь-якого виду, розповсюджена в будь-якій формі, яка спрямована на досягнення суспільно корисних цілей, популяризацію загальнолюдських цінностей і розповсюдження якої не має на меті отримання прибутку».

Цілі соціальної реклами є дуже близькими до некомерційної реклами. Зокрема вона прагне змінити поведінкову модель суспільства і тому спрямована на актуалізацію та пошук рішення конкретної соціально значимої проблеми. Таким чином, доречно поєднати всі терміни, що використовуються різними дослідниками: соціальна, суспільна, некомерційна в єдине поняття – соціальна реклама.

Офіційно історія соціальної реклами розпочинається з початку ХХ сторіччя. Першою соціальною рекламою прийнято вважати рекламу на екологічну тематику, яку створила у 1916 р. громадська організація «Американська громадянська асоціація». Вона містила заклик захистити Ніагарський водоспад від шкоди, що наносять йому енергетичні компанії. Саме тоді вперше в історії реклама не ставила перед собою мету продати товар або послугу, а лише закликала змінити ставлення до проблеми, що в

свою чергу викликало переворот у традиційному розумінні реклами в цілому.

Не дивлячись на те, що новий вид реклами також був розрахований на широку громадськість, він, на відміну від комерційної реклами, містив певну соціальну цінність, котра, в свою чергу, мала першочергове значення для більшості населення, чи то охорона навколишнього середовища, чи здоров'я дітей або боротьба з насильством.

Особливого значення набуває соціальна реклама під час кризових ситуацій, в період війни. Показовим є приклад плаката часів Першої світової війни, автором якого був Дж. М. Флегга «Ти потрібен американській армії». На плакаті «дядечко Сем» закликав новобранців йти до лав армії. Ідея та її втілення нагадують заклик, що саме тоді був дуже популярним в Англії: «Твоя країна потребує твоєї допомоги!», і відомий у 20-і роки в СРСР плакат Д. Моора «Ты записался добровольцем?». Окремі дослідники вважають, що радянський варіант плаката був досить точною копією західних зразків. Усі наведені приклади, з одного боку, можна розглядати як різновид політичної реклами, а з іншого – вони були невід'ємною частиною соціальних рекламних кампаній, що проводилися державними або громадськими радами у воєнні роки.

Приклади раннього використання прийомів соціальної реклами можна віднайти й в історії Російської імперії, до складу якої входила Україна. У 1914 р. виходив журнал «Дамский мир», який на своїх сторінках публікував освітні статті про методику догляду за пораненими в шпиталях.

За радянських часів соціальна реклама мала суто ідеологічний характер. У великій кількості розповсюджувались рекламні плакати типу «Болтун – находка для шпиона!»

Соціальна реклама в сучасному її розумінні з'явилася в пострадянському просторі у 1994-1995 рр. Саме в той час майже на всіх центральних телевізійних каналах демонструвався ролик «Позвоните родителям!», автором якого був Ігор Буренков. Він став одним з найактивніших поши-

рювачів соціальної реклами.

Для країн колишнього СРСР 90-і роки знаменувалися, з одного боку, великою кількістю демократичних виробів, що проводилися вперше, а, з іншого – були найбільш тяжким, кризовим етапом в побудові нових економічних відносин. У цей період соціальні питання: безробіття, затримки з виплатою заробітної плати, пенсій, хвороби – стали для більшості громадян проблемою номер один. І тому соціальна реклама стає служницею політики. Політтехнологи розпочали включати обговорення цих проблем та інших соціальних негараздів до передвиборних кампаній своїх кандидатів.

На сьогоднішній день в Україні виготовлення та розповсюдження соціальної реклами регламентується кількома нормативними документами, а саме:

– Законом України від 11.07.03 № 1121-IV «Про рекламу»;

– Указом Президента України від 23.06.01 № 467 «Про додаткові заходи щодо вдосконалення соціальної роботи з дітьми, молоддю та сім'ями»;

– Постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.04 № 1125 «Про утворення Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді»;

– Постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.04 № 1126 «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю»;

– Постановою Кабінету Міністрів України від 08.09.97 № 997 «Про затвердження Порядку накладення штрафів за порушення законодавства про рекламу та Порядку відрахування на виробництво соціальної рекламної інформації про шкоду тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв».

У світі соціальна реклама вже давно є справді дійовим інструментом, який допомагає вирішувати складні соціальні проблеми. Так, яскравим прикладом може слугувати широка антитютюнова кампанія у США, яка мала величезний успіх. Дослідники стверджують, що такого резуль-

тату було досягнуто завдяки тому, що одним із слоганів кампанії був: «Палять лише бідні!»

Одна з українських дослідниць соціальної реклами Ганна Довбах констатує: «Спеціалісти із зв'язків із громадськістю покладають на соціальну рекламу багато завдань, включаючи створення загального інформаційно-рекламного поля соціальної спрямованості, надання населенню практичної корисної інформації, формування суспільно зорієнтованого та здорового способу життя. Поряд з іншими комерційними прийомами, такими як соціальний маркетинг, соціальна реклама в світі широко використовується як інструмент зміни ставлення суспільства до певної проблеми».

Отже соціальна реклама може звертатися до будь-якої соціальної проблематики:

- покращання громадського здоров'я;
- профілактика здоров'я;
- здоровий спосіб життя;
- ВІЛ/СНІД;
- прийомне батьківство;
- екологія;
- попередження насильства над дітьми;
- права людини, дитини;
- люди з особливими потребами;
- усвідомлене батьківство;
- профілактика безпритульності та бездоглядності;
- безробіття тощо.

Окремі дослідники наводять таку класифікацію проблем, що висвітлюються соціальною рекламою:

1. Декларація цінностей. В цілому можна сказати про те, що пріоритетними цінностями кожної людини є здоров'я, робота (кар'єра), сім'я (діти), особисте щастя, безпека тощо.
2. Заклики до перетворень, що базуються на прагненні досягнення соціальних та індивідуальних ідеалів.
3. Соціальна психотерапія. Використовується у тих випадках, коли масовими є негативні емоційні стани та почуття. Наприклад, страх, відчуття тривоги, хвилювання за

власну долю та долю своїх близьких, депресивні стани тощо.

4. Попередження катастроф або небажаних наслідків.
5. Декларація добродійних цілей.

Соціальна реклама може бути розрахована на широку аудиторію, проте цільові групи можуть розрізнятися за:

- віковим принципом (дорослі, молодь, діти, люди пенсійного віку);
- статтю (чоловіки, жінки);
- соціальними ролями (молоді батьки, батьки, бабусі-дідусі та ін.);
- професією (представники влади, учні, лікарі, соціальні працівники, водії, військові та ін.);
- місцем проживання (сільські, міські жителі, міська громада, жителі всього міста, країни);
- за ознаками здоров'я (люди, які мають певну залежність, люди з особливими потребами, хворі на СНІД та ін.).

В залежності від цільової групи обираються засоби, методи та форми донесення інформації, повідомлення. Точне визначення цільової групи є однією з важливих складових ефективності соціальної реклами, адже вона може стосуватися більш вузьких груп населення, наприклад, жителів конкретного багатопверхового будинку, які турбуються про наявність дитячого майданчика у дворі.

Функції соціальної реклами:

1. Інформаційна (наприклад, де й коли можна отримати свій ідентифікаційний код, які заходи проводяться (наприклад, збір пожертв для постраждалих від землетрусу тощо).
2. Формування нових поведінкових моделей (турбота про різні аспекти свого здоров'я, життєві навички, які створюють благополуччя).
3. Створення позитивного іміджу соціальних служб і громадських організацій або, навпаки, подолання негативного образу організації у клієнтів.

4. Консолідація зусиль соціальних установ та спонсорів у розв'язанні соціальних проблем.

5. Формування каналів «зворотного зв'язку» між соціальними організаціями та клієнтами для контролю системи і внесення необхідних коректив.

Соціальна реклама як самостійна галузь з'явилася набагато пізніше, ніж комерційна реклама, лише 100 років тому. Отже, засоби та інструменти, за допомогою яких вона впливає на суспільство, багато в чому збігаються з інструментами та засобами комерційної реклами.

До соціальної реклами належать:

- різноманітна поліграфічна продукція (буклети, листівки, плакати, навчальні матеріали, брошури, книги);
- зовнішня реклама, тобто така, що розміщується на вулицях (бігборди, лайтбокси, вивіски, вказівники, реклама на транспортних засобах, будівлях тощо);
- преса (газети, журнали, бюлетені тощо). Причому тут важливо зазначити, що рекламний характер можуть мати окремі статті або повідомлення, так звана текстова реклама, або ж можуть бути розміщені спеціально розроблені рекламні модулі;
- реклама на радіо і телебаченні (ролики, ток-шоу та передачі на соціальну тематику тощо);
- реклама в Інтернеті (веб-сторінки, банери, електронні поштові розсилки, Інтернет-конференції, форуми тощо);
- реклама в мережах мобільного зв'язку (SMS-розсилки тощо);
- поштові розсилки;
- проведення будь-яких акцій та заходів (конкурси, фестивалі, марші, виставки, конференції, дебати, круглі столи, вуличні театри);
- нетрадиційні види реклами (сувенірна продукція, повітряні кульки, реклама на квитках та рахунках тощо).

Всі вищезазвані та інші засоби соціальна реклама може використовувати у своїх цілях.

Спеціалісти по зв'язках із громадськістю покладають на соціальну рекламу багато завдань, включаючи створення загального інформаційно-рекламного поля соціальної спрямованості, надання населенню практичної корисної інформації, формування суспільно зорієнтованого та здорового способу життя. Поряд з іншими комерційними прийомами, такими як соціальний маркетинг, соціальна реклама в світі широко використовується як інструмент зміни ставлення суспільства до певної проблеми.

Один з видатних дослідників реклами Джо Адамс у своєму аналізі «Чому соціальна реклама не працює» називає кілька основних причин неефективності роликів на телебаченні та радіо. Ось декілька з них:

- лише деякі ролики соціальної реклами проходять дослідження з пре-тесту;
- за соціальною рекламою не стоїть медійна стратегія;
- ролик не має чіткої мети, глядач не знає, що в результаті він мав би зробити;
- ролик містить занадто багато інформації.

Соціальна реклама – продукт дорогий, і його добре видно широкій громадськості, тому замовники та творці соціальної реклами часто забувають про те, що ключові слова у визначенні соціальної реклами – «засіб», «інструмент». Як публікації в ЗМІ, тренінги чи друк підручників, соціальна реклама може бути лише засобом спланованої і добре організованої кампанії з інформування громадськості.

Однією з важливих складових ефективності соціальної реклами є зміст рекламного звернення. Американський рекламист Россер Рівз писав: «Споживач перебуває у постійній облозі. Його вкрай залякано. Його безжально лупцює телебачення, запекло атакує преса, бере приступом радіо, спантеличує щитова реклама. Дуже важко примусити його запам'ятати будь-що, зате забуває він легко і швидко». Не дивлячись на те, що ці слова стосуються насамперед комерційної реклами, вони містять дуже важливе повідомлення про необхідність урахування особли-

востей психічних процесів людини у разі сприйняття реклами чи то комерційної, чи соціальної.

Серед прийомів, що є чинниками підвищення ефективності соціальної реклами і які варто враховувати під час розробки та впровадження рекламно-інформаційних технологій, можна виділити такі:

- залучення фактів, пов'язаних із проблемою, що висвітлюється в соціальній рекламі;

- привертання уваги до переваг, пов'язаних із наслідуванням певних моделей поведінки, що пропагуються в соціальній рекламі (наприклад, «Розумій мене, щоб я вмів розуміти інших. Не принижуй, щоб я не принижував»);

- використання «інтригуючих» назв, що примушують прочитати текст до кінця (наприклад, «10 кроків, щоб стати кращими батьками»);

- переконливість тексту;

- розташування в ритмічному порядку елементів соціальної реклами від менш важливих до більш значущих;

- використання фактури шрифтів, щоб зацентрувати увагу на найбільш вагомих словах;

- виділення окремих абзаців з допомогою кольору або шрифту;

- несподіваний початок розповіді;

- використання у текстах або роликах елементів інтриги, конфліктних ситуацій в монологіях або діалогах.

Під час розробки інформаційно-реklamних матеріалів дуже важливо, щоб вона викликала певну емоційну реакцію і виконувала саме ті цілі, заради яких створювалася. До того ж одним з компонентів, що значно підвищує ефективність рекламного повідомлення, є наявність інформації про те, що має зробити читач, слухач або глядач (куди зателефонувати, до кого звернутись тощо). Проте важливо, аби повідомлення соціальної реклами не містило наказового тону (наприклад, «Сплати податки!»). Адже більшість людей не люблять, коли їм наказують або їх повчають.

Література

1. **Гейдар Л., Довбах Г.** Соціальна реклама в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. – К.: ПЦ «Фоліант», 2004.

2. **Ладанов И. Д.** Практический менеджмент. ч. II, М. – 1992.

3. **Мокшанцев Р. И.** Психология рекламы. – М., 2002.

4. **Тимошенко А. Л.** Державна соціальна реклама в Україні: проблеми та перспективи розвитку//Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – К., 2006. – №1. – С. 57-64.

5. **Шипіленко О. С.** Рекламно-інформаційні технології в соціально-педагогічній діяльності//Соціальна педагогіка: теорія і технології: Підручник/За ред. І. Д. Звереві. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – С. 204-216.



Інформація про Міжнародну соціальну інформаційну кампанію «Дитинство без насильства»

З 30 вересня по 30 листопада 2006 р. в Україні в рамках проголошеного Президентом України «Року захисту прав дитини» проходить інформаційна кампанія «Дитинство без насильства».

Кампанія має на меті підвищення поінформованості громадськості щодо негативних наслідків жорстокого поводження з дітьми і спрямована на популяризацію ідеї усвідомленого батьківства та змін ставлення батьків до виховання своїх дітей.

Кампанія одночасно відбуватиметься у 7 країнах Європи: Болгарії, Латвії, Литві, Македонії, Молдові, Польщі та Україні. Організатором кампанії в Україні є громадська нерелігійна організація Християнський дитячий фонд, що захищає інтереси дітей з 1997 року.

У рамках кампанії планується розповсюдження соціальної реклами у 27 регіонах України: відео-, аудіороликів,

біл-бордів, сіті-лайтів, буклетів і плакатів; проведення прес-конференцій, прес-клубів, семінарів, круглих столів, дебатів; створення веб-сторінки.

Також планується проведення заходів, безпосередніми учасниками яких стануть діти, а саме: Всеукраїнський конкурс серед сімей з дітьми на кращий малюнок «Дитинство без насильства» та Благодійна акція «Ведмедик» (ведмедик – символ кампанії «Дитинство без насильства»).

Вся соціально-рекламна продукція кампанії розроблена на благодійницьких засадах провідною європейською рекламною агенцією «McCann Erickson», поєднана єдиним іміджем і творчим рішенням та адаптована до українського контексту. Слід зазначити, що продукція пройшла успішну апробацію в Польщі благодійним фондом «Нічий діти».

Партнерами кампанії з боку держави виступили Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний комітет з питань телебачення і радіомовлення України, Департамент кримінальної міліції у справах неповнолітніх Міністерства внутрішніх справ України, Рада міністрів АР Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації.

Принципи та етапи соціальних рекламних кампаній

Соціальна рекламна кампанія – це система методів та заходів, направлених на конкретну цільову аудиторію з метою пропаганди позитивного явища, зміни ставлення суспільства або окремих його представників до соціальної проблеми або до групи людей, а в перспективі – створення нових «соціальних цінностей», а саме:

- Принципи рекламного звернення.
- Принцип повторення рекламного звернення.
- Багаторазове повторення тексту звернення адаптує до нього психіку людини і викликає у нього необхідну схильність до дії.
- Принцип безперервного посилення рекламного впливу.
- Поступове та безперервне посилення впливу веде

до бажаних змін у прихильностях тих людей, на яких спрямована соціальна реклама.

– Принцип подвійного виклику.

Рекламне звернення сприймається не тільки на рівні свідомості, але й на рівні емоційної психіки людини.

Щоб спонукати людину до дії, слід зробити «подвійний виклик», тобто звернутися до її свідомості та підсвідомості.

Етапи соціальної рекламної кампанії

Етап 1. Виникнення ідеї соціальної рекламної кампанії та створення ініціативної групи.

На даному етапі визначається проблема, на вирішення якої буде спрямована кампанія, формуються попередні цілі кампанії, а також формується оргкомітет проведення кампанії.

Етап 2. Аналіз ситуації, проведення дослідження.

Кількість респондентів кампанії визначається залежно від того, який рівень матиме кампанія, локальний чи загальнонаціональний. Аналіз існуючої ситуації дозволить найбільш чітко визначити цільову аудиторію, отримати певні статистичні дані, які доцільно буде використати під час розробки концепції кампанії та рекламного повідомлення. Кваліфіковано проведені дослідження дають можливість відповісти на такі питання:

- Що являє собою об'єкт реклами?
- Кого варто піддати впливу реклами?
- Де мають поширюватися рекламні повідомлення?
- Коли має здійснюватися реклама?

Етап 3. Розробка ідеї, слогана та іміджу кампанії.

Найкраще замовити розробку ідеї, слогану (повідомлення) кампанії професійній рекламній агенції. Проте її робота може коштувати дорого. Під час розробки продукції кампанії важливо, щоб уся вона мала однаковий імідж. Наприклад, мала одного і того самого персонажа або спеціально розроблений логотип. Також бажано, щоб уся рекламна продукція пройшла тестування на цільовій ауди-

торії. Одним із методів такого тестування може бути фокус-група.

На даному етапі визначається, які саме засоби будуть використовуватися для донесення повідомлення кампанії: телевізійний або радіо-ролик, зовнішня реклама, поліграфічна продукція, акцій тощо і термін проведення кампанії. Так, наприклад, важливо врахувати, що літні місяці можуть бути не найкращим часом для проведення кампанії, розрахованої на вчителів, а зимові місяці не підходять для проведення кампанії із залученням до участі в ній людей з особливими потребами, зокрема тих, які пересуваються на візках.

Етап 4. *Пошук партнерів та розробка бюджету.*

Надзвичайно важливо проаналізувати всі наявні ресурси для проведення кампанії, а також знайти партнерів. Партнерами можуть виступати урядові або неурядові організації, бізнес-кампанії, рекламні агенції та будь-які засоби масової інформації. Значно підвищує ефективність кампанії залучення до участі в ній відомої особи. Це може бути політик, актор, спортсмен або інша особа, яка є популярною в конкретній громаді. Також на цьому етапі слід визначити можливість залучення до проведення кампанії волонтерів та скласти бюджет кампанії.

Етап 5. *Підписання договорів.*

Після того, як будуть визначені партнери кампанії, з ними потрібно підписати договір про співпрацю, в якому будуть чітко розподілені обов'язки та відповідальність, зазначені права кожної сторони, а також процедура розв'язання спірних питань. Даний етап дозволить уникнути будь-яких непорозумінь, які можуть виникнути між спів-організаторами кампанії.

Етап 6. *Планування заходів.*

Протягом даного етапу слід визначити заходи, які проведуть під час кампанії (прес-конференції, круглі столи, дебати, фестивалі тощо), а також скласти медіа-план кампанії. Медіа-план містить у собі перелік конкретних засобів масової інформації (наприклад, Перший національ-

ний телеканал, радіо Ера, щотижневик Дзеркало тижня тощо), час і періодичність виходу рекламних матеріалів. Також під час планування заходів треба розподілити обов'язки між членами оргкомітету та іншими організаторами кампанії. Зокрема доцільно виділити одну або дві особи, які відповідатимуть за спілкування із засобами масової інформації.

Етап 7. *Старт кампанії.*

Окремим заходом є старт кампанії. Надзвичайно важливо визначити дату старту і заходи, що проведуть у цей день. Це можуть бути прес-конференція, презентації, одноденні акції, конкурси тощо.

Етап 8. *Реалізація кампанії.*

На цьому етапі потрібно відслідкувати вихід рекламних матеріалів у ЗМІ, а також проведення всіх запланованих заходів кампанії.

Етап 9. *Повторне дослідження й оцінка результатів.*

Зазвичай після завершення кампанії проводиться повторне дослідження з метою оцінки її ефективності. Це може бути глибинне інтерв'ю представників цільової аудиторії, вуличне опитування, аналіз преси тощо. Оцінка ефективності кампанії може містити кількісні та якісні показники. Так, кількість публікацій або радіопередач належать до кількісних показників, а внесені до законодавства зміни, ініціювання проведення додаткових заходів на тему рекламної кампанії – до якісних. Окремі показники можуть одночасно належати як до кількісних, так і до якісних показників. Наприклад, зменшення кількості дітей, яких залишили в будинку дитини одразу після народження.

Етап 10. *Оприлюднення результатів.*

Після завершення кампанії важливо оприлюднити її результати. Зробити це можна за допомогою публікації звіту про проведення кампанії або брифінгу. Брифінг – це короткотермінова зустріч із представниками ЗМІ, під час якої робляться окремі заяви або оприлюднюються результати досліджень. Формат такої зустрічі не передбачає відповіді на запитання.

Етап 11. Планування наступних дій.

Формально даний етап не належить безпосередньо до соціально-рекламної кампанії. Проте проведення такого заходу може виявити нову соціальну проблему і спричинити появу нового напрямку соціальної роботи або окреслити потребу у проведенні ще однієї кампанії на іншу тематику.

Література

1. **Тимошенко А. Л.** Державна соціальна реклама в Україні: проблеми та перспективи розвитку//Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – К., 2006. – №1. – С. 57-64.

2. **Шипіленко О. С.** Рекламно-інформаційні технології в соціально-педагогічній діяльності//Соціальна педагогіка: теорія і технології: Підручник/За ред. І. Д. Зверєвої. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – С. 204-216.



Як оцінити ефективність соціальної реклами?

Для оцінювання заходів соціальної реклами треба заповнити таблицю за кожним критерієм. Співвідношення позитивних і негативних оцінок надасть загальну оцінку соціальної реклами.

№ з/п	Показники ефективності соціальної реклами	+	0	-
1.	Формування уваги, інтересу, бажання та дії			
2.	Здатність викликати довіру			
3.	Врахування мотивів цільової аудиторії			
4.	Відповідність цінностям і стереотипам цільової аудиторії			
5.	Підхід щодо формування висновків			
6.	Побудова мовного впливу			
7.	Узгодженість усіх елементів соціальної реклами			
8.	Наявність асоціативного ряду			
9.	Комплексність			
10.	Чесність та незалежність			
11.	Позиціонування			
12.	Співвідношення логіки та емоційного сприйняття			
13.	Конкретність			
14.	Наявність практичних рекомендацій, адреса			
15.	Використання фактів			

16.	Використання думок, значущих для цільової аудиторії осіб			
17.	Реалістичність			
18.	Зрозумілість і послідовність			
19.	Наявність серії матеріалів соціальної реклами			

Пояснення критеріїв оцінки соціальної рекламної кампанії

1. Формування уваги, інтересу, бажання та дії

Ефективна соціальна реклама має бути створена таким чином, щоб привертати до себе та викликати у людини:

- увагу (У);
- інтерес (І);
- бажання/рішення (Б);
- дію (Д).

Ефективна реклама має, по-перше, привернути до себе увагу. На цьому етапі важливим є психологічно продумане використання в рекламі гами кольорів, музичного оформлення, тексту, змісту рекламного звернення відповідно до носіїв реклами.

По-друге, реклама має викликати інтерес, адже без зацікавленості рекламне оголошення чи рекламний ролик не будуть переглянуті до кінця. Інтерес, як правило, викликає саме та реклама, що ідентифікується як «своя». Далі реклама має викликати певний мотив (бажання) в індивіда прийняти рішення стосовно зміни поведінки та викликати певну дію з боку суб'єкта реклами. Модель УІБД пояснює, якою має бути форма реклами, її сюжетний зміст, мотиви, які емоції вона має викликати у споживача тощо.

2. Здатність викликати довіру

Формування довіри до реклами визначається знанням суспільства, у якому сформувалася реклама. Це передбачає чіткість викладу, знання культури, зразків поведінки,

цінностей, відображення картини життя, близької кожному індивіду, незалежно від демографічних або психографічних ознак.

До найбільш розповсюджених прийомів, які орієнтовані на формування довіри до рекламної інформації, можна віднести такі:

- техніка саморозкриття;
- врахування соціально-психологічних особливостей цільової аудиторії, на яку спрямований вплив рекламної інформації;
- використання в рекламі значимих символів;
- техніка відображення думок і почуттів аудиторії.

3. Врахування мотивів цільової аудиторії

Ефективна соціальна реклама має враховувати особливості мотиваційного поля певної цільової аудиторії та містити в собі ефективний мотиваційний компонент, беручи до уваги вікові особливості.

Будь-яка соціальна реклама звертається до загальнолюдських мотивів, які можна умовно поділити на три групи:

- емоційні мотиви;
- моральні мотиви;
- соціальні мотиви.

Емоційні мотиви, що використовуються у соціальній рекламі, спрямовані на бажання аудиторії позбавитися негативних почуттів і відчутти позитивні емоції. До емоційних мотивів належать мотиви страху, значимості й самореалізації, свободи, відкриттів, патріотизму, любові та кохання, радощів. Наприклад, яскравий приклад соціальної реклами, спрямованої на профілактику тютюнопаління, де використано мотив значимості й самореалізації: «Я досягну успіху без куріння».

Моральні мотиви апелюють до почуття справедливості й порядності. Досить часто у зверненнях соціальної реклами підкреслюється необхідність вирішення гострих соціальних проблем.

Використання **соціального мотиву** пов'язане із загост-

рення міжнародних конфліктів, зростанням напруженості в суспільстві, підвищенням рівня злочинності і т.п.

4. Відповідність цінностям і стереотипам цільової аудиторії

Ефективна соціальна реклама має створювати таку реальність, яка була би повністю узгоджена зі світосприйняттям цільової аудиторії та не суперечила б її базальним цінностям і стереотипам.

Завдання спеціаліста, який створює соціальну рекламу, – виявити можливі стереотипи цільової групи та за допомогою рекламного впливу відкоригувати їх: позитивний – підсилити, негативний – послабити або нейтралізувати, нейтральний – зробити позитивним.

5. Підхід щодо формування висновків

Ефективна соціальна реклама має наштовхувати на висновок, підводити до нього, але не називати його прямо. Озвучений чи продемонстрований прямо висновок буде заблокований механізмами молодіжного мислення як такий, що нав'язаний. Тому в ефективній соціальній рекламі має не бути ніяких явних «батьківських» вказівок і наказів (моралізаторства), спрямованих на молодіжний сегмент. Альтернативним варіантом є використання в соціальній рекламі гумору, завдяки якому можна активізувати обробку рекламної інформації.

6. Побудова мовного впливу

Під час побудови тексту рекламного звернення обов'язковим є врахування основних шаблонів соціального мислення певної цільової аудиторії, тобто щоб використані мовні схеми не сприймалися нею, як щось чужорідне.

7. Узгодженість всіх елементів соціальної реклами

У будь-якій ефективній соціальній рекламі мають бути узгоджені всі елементи: ілюстрація, заголовки, текст, зміст звернення, верстка і загальний образ мають перебувати у тісній взаємодії, яка і визначає загальний ефект реклами. Психологи за допомогою спеціальних досліджень установили, що момент усвідомлення певної проблеми, запропонованої в рекламі, відбувається за рахунок одночасного

сприйняття сукупності взаємопов'язаних факторів, а не вивчення кожного окремого елемента реклами. Саме синтез факторів породжує рішення діяти.

8. Наявність асоціативного ряду

Ефективна соціальна реклама має бути реалізована таким чином, щоб не тільки захопити увагу цільової аудиторії, але і сприяти тому, щоб її ідея автоматично транслиувалася представниками сегмента всередині нього самого без додаткових підживлень та зусиль.

9. Комплексність

Слід використовувати здатність реклами впливати не лише на один із видів небажаної (асоціальної) поведінки, а й на комплекс взаємопов'язаних видів такої поведінки індивіда.

10. Чесність та незалежність

Ефективна соціальна реклама має виглядати і сприйматися як чесна і незалежна, тобто має ґрунтуватися на увазі здатності реклами сприйматися такою, яка виходить від лояльних, дружніх даному сегментові носіїв і лідерів думок усередині самого сегмента.

11. Позичування

Ефективна соціальна реклама має позиціонуватися з позитивними еталонами й архетипами, протипозиціонуватися з негативними (хвороби, відрозливі або ті, що негативно сприймаються, представники тваринного світу тощо).

12. Співвідношення логіки й емоційного сприйняття

Ефективна соціальна реклама має містити мінімум логіки (логічних силогізмів) і максимум емоційного компонента (емпіричних силогізмів). Якщо говорити про три елементи рекламного впливу на особистість – емоційний, когнітивний та поведінковий, – пріоритетним компонентом має бути саме емоційний компонент. Адже головне в соціальній рекламі – отримати сильний емоційний відгук усередині цільового сегмента з подальшою метою осмислення отриманої емоційної інформації.

13. Конкретність

Ефективна соціальна реклама має бути конкретною, а

не абстрактно-образною. Використання простих однозначних ситуацій, схожих на реальні, життєві покращують розуміння соціальної реклами у потрібному контексті та виключають можливість двозначного тлумачення рекламної ідеї.

14. *Наявність практичних рекомендацій, адреса*

Ефективна соціальна реклама може давати практичні рекомендації, адреси, телефони, конкретно кудись направляти – до фахівців, у соціальні служби і т.п. у цілому, створюючи адресне рекламне звернення слід давати потрібну інформацію для цільової аудиторії: телефон, адреса, інші реквізити контактної особи. Адже за умови, якщо соціальна реклама досягає своєї мети на рівні зміни ставлення до проблеми, то наступний крок – це бажання діяти, а отже – звертатись до конкретних фахових інстанцій, які допоможуть у розв'язанні певних проблемних питань. Таким чином, виникає необхідність у створенні та розповсюдженні додаткової інформації.

15. *Використання фактів*

Ефективна соціальна реклама має будуватися на фактах (або на їхній видимості), бо ніщо так не переконує людину, як наведення конкретних фактів або конкретних життєвих прикладів, реальних життєвих ситуацій. Адже інформація, заснована на правдивих ситуаціях, на фактажіві, а не на вигадці або ілюстрації абстрактної можливої ситуації, – виглядає правдоподібно. А отже, має переконливішу спроможність, ніж певне абстрактне повідомлення. Ефективним буде також поєднання сильного емоційного сигналу з певними існуючими фактами.

16. *Використання думки значимих для цільової аудиторії осіб*

Ефективна соціальна реклама має транслюватися тими, кому даний сегмент населення довіряє. Думка, що її висловлюють батьки, близькі люди, друзі, популярні особистості, має надзвичайно сильний вплив на формування ставлення до самого рекламного повідомлення.

17. *Реалістичність*

Ефективна соціальна реклама має бути реалістичною і ні в якому разі – банальною. Реалістичність у поєднанні з правдивістю зображуваної ситуації та інших компонентів, спрямованих на підвищення рівня довіри цільового сегмента до соціальної реклами, відповідно формують і рівень її ефективності.

18. *Зрозумілість і послідовність*

Ефективна соціальна реклама має бути зрозумілою та послідовною, а також має припускати можливість контакту з авторитетними носіями того, що обіцяється.

19. *Наявність серії матеріалів соціальної реклами*

Ефективна соціальна реклама має створювати послідовний цикл, серію розпалювання зацікавленості у бажанні цільового сегмента. Досягнення такого ефекту можливе завдяки послідовному розкриттю основного змісту рекламного повідомлення. З цією метою можна представити рекламне послання у вигляді послідовних картинок.

Література

1. **Гейдар Л., Довбах Г.** Соціальна реклама в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. – К.: ПЦ «Фоліант», 2004.
2. **Ладанов И. Д.** Практический менеджмент. ч. II, М. – 1992.
3. **Мокшанцев Р. И.** Психология рекламы. – М., 2002.
4. **Тимошенко А. Л.** Державна соціальна реклама в Україні: проблеми та перспективи розвитку//Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – К., 2006. – №1. – С. 57-64.
5. **Шипіленко О. С.** Рекламно-інформаційні технології в соціально-педагогічній діяльності//Соціальна педагогіка: теорія і технології: Підручник/За ред. І. Д. Зверєвої. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – С. 204-216.



ЗАКОН УКРАЇНИ

«Про рекламу»
(витяг)

«Про рекламу»
(витяг)

(В редакції Закону № 1121-IV (1121-15) від 11.07.2003,
ВВР, 2004, № 8, ст. 62)

Розділ I

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. *Визначення термінів*

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

- виробник реклами – особа, яка повністю або частково здійснює виробництво реклами;
- внутрішня реклама – реклама, що розміщується всередині будинків і споруд;
- зовнішня реклама – реклама, що розміщується на спеціальних тимчасових і стаціонарних конструкціях, розташованих на відкритій місцевості, а також на зовнішніх поверхнях будинків, споруд, на елементах вуличного обладнання, над проїжджою частиною вулиць і доріг;
- недобросовісна реклама – реклама, яка вводить або може ввести в оману споживачів реклами, завдати шкоди особам, державі чи суспільству внаслідок неточності, недостовірності, двозначності, перебільшення, замовчування, порушення вимог щодо часу, місця і способу розповсюдження;
- особа – фізична особа, зокрема суб'єкт підприємницької діяльності, юридична особа будь-якої форми власності, представництво нерезидента в Україні;
- порівняльна реклама – реклама, що містить порівняння з іншими особами та/або товарами іншої особи;
- прихована реклама – інформація про особу чи товар у програмі, передачі, публікації, якщо така інформація

слугує рекламним цілям і може вводити в оману осіб щодо дійсної мети таких програм, передач, публікацій;

– реклама – інформація про особу чи товар, розповсюджена в будь-якій формі та в будь-який спосіб і призначена сформулювати або підтримати обізнаність споживачів реклами та їх інтерес щодо такої особи чи товару;

– реклама на транспорті – реклама, що розміщується на території підприємств транспорту загального користування, метрополітену, зовнішній та внутрішній поверхнях транспортних засобів та споруд підприємств транспорту загального користування і метрополітену;

– рекламні засоби – засоби, що використовуються для доведення реклами до її споживача;

– рекламодавець – особа, яка є замовником реклами для її виробництва та/або розповсюдження;

– розповсюджувач реклами – особа, яка здійснює розповсюдження реклами;

– соціальна реклама – інформація будь-якого виду, розповсюджена в будь-якій формі, яка спрямована на досягнення суспільно корисних цілей, популяризацію загальнолюдських цінностей і розповсюдження якої не має на меті отримання прибутку;

– споживачі реклами – невизначене коло осіб, на яких спрямовується реклама;

– спонсорство – добровільна матеріальна, фінансова, організаційна та інша підтримка фізичними та юридичними особами будь-якої діяльності з метою популяризації виключно свого імені, найменування, свого знака для товарів і послуг;

– товар – будь-який предмет господарського обігу, зокрема продукція, роботи, послуги, цінні папери, об'єкти права інтелектуальної власності.

Стаття 12. *Соціальна реклама*

1. Рекламодавцем соціальної реклами може бути будь-яка особа.

2. Соціальна реклама не повинна містити посилань на

конкретний товар та/або його виробника, на рекламодавця, на об'єкти права інтелектуальної власності, що належать виробнику товару або рекламодавцю соціальної реклами.

3. На осіб, які безоплатно виробляють і розповсюджують соціальну рекламу, та на осіб, які передають свої майно і кошти іншим особам для виробництва і розповсюдження соціальної реклами, поширюються пільги, передбачені законодавством України для благодійної діяльності.

4. Засоби масової інформації – розповсюджувачі реклами, діяльність яких повністю або частково фінансується з державного або місцевих бюджетів, зобов'язані розміщувати соціальну рекламу органів державної влади та органів місцевого самоврядування, громадських організацій безкоштовно в обсязі не менше 5 відсотків ефірного часу, друкованої площі, відведених для реклами.

5. Засоби масової інформації – розповсюджувачі реклами, що повністю або частково фінансуються з державного або місцевих бюджетів, зобов'язані надавати пільги при розміщенні соціальної реклами, замовником якої є заклади освіти, культури, охорони здоров'я, які утримуються за рахунок державного або місцевих бюджетів, а також благодійні організації.

Стаття 13. *Реклама на телебаченні і радіо*

1. Час мовлення, відведений на рекламу, не може перевищувати 15 відсотків фактичного обсягу мовлення протягом астрономічної доби телерадіоорганізацією будь-якої форми власності.

Ця вимога не поширюється на телерадіоорганізації, які здійснюють трансляцію на каналах мовлення, призначених виключно для розповсюдження реклами.

2. Частка реклами протягом кожної астрономічної години фактичного мовлення має не перевищувати 20 відсотків.

3. Реклама має розміщуватися у перервах між програмами, передачами.

При виконанні умов, викладених у частині п'ятій цієї

статті, реклама може бути розміщена під час трансляції програми, передачі таким чином, щоб не завдати шкоди цілісності та змісту програми, передачі та правам їх власників.

4. Забороняється переривати з метою розміщення реклами трансляції сесій Верховної Ради України, сесій Верховної Ради Автономної Республіки Крим, офіційних державних заходів і церемоній, виступів Президента України, Голови Верховної Ради України, Прем'єр-міністра України, Голови Конституційного Суду України, Голови Верховного Суду України, народних депутатів України, членів Уряду України, а також трансляції релігійних служб, програм, передач для дітей та програм, передач новин.

5. Трансляція концертно-видовищних програм, передач може перериватися рекламою за умови, що між рекламними вставками програма, передача триває не менше 30 хвилин.

Реклама під час трансляції спортивних програм, передач розміщується в перервах між їх частинами.

Під час трансляції кіно- і телефільмів реклама розміщується перед початком фільму та/або після закінчення фільму.

Трансляція кіно- і телефільмів, за умови їх тривалості до 42 хвилин, не може перериватися рекламою або будь-яким редакційним, авторським чи інформаційним матеріалом (включаючи анонси програм, передач).

Трансляція кіно- і телефільмів, за умови їх тривалості від 42 до 70 хвилин, може перериватися рекламою або будь-яким редакційним, авторським чи інформаційним матеріалом (включаючи анонси програм, передач) один раз, за умови їх тривалості від 70 до 90 хвилин – два рази. Трансляція кіно- і телефільмів тривалістю понад 90 хвилин може перериватися рекламою або будь-яким редакційним, авторським чи інформаційним матеріалом (включаючи анонси програм, передач) кожні 30 хвилин за умови, що після останньої перерви фільм продовжується не менше 20 хвилин включно.

6. Для цілей цієї статті не вважаються рекламою: оприлюднення, виголошення у програмі, передачі імені, найменування спонсора, об'єктів права інтелектуальної власності, що йому належать;

трансляція соціальної реклами, якщо вона розповсюджується телерадіоорганізацією безкоштовно;

анонси власних програм, передач телерадіоорганізації.

7. Відповідальність за виконання вимог щодо порядку розміщення та розповсюдження реклами у програмах, передачах несе телерадіоорганізація.

8. Ведучим, дикторам та іншим учасникам інформаційних та інформаційно-аналітичних програм, передач забороняється наводити споживчі властивості товару та/або вказувати банківські рахунки, контактні телефони, місцезнаходження виробника товару, ціну товару.

9. Трансляція (ретрансляція) реклами, яка міститься у програмах та передачах іноземних телерадіоорганізацій, що транслюються (ретранслюються) на територію України, дозволяється лише у разі, якщо за трансляцію (ретрансляцію) такої реклами сплачено юридичній особі України незалежно від способу здійснення такої трансляції (ретрансляції).

Стаття 17. *Внутрішня реклама*

1. Розміщення внутрішньої реклами погоджується з власником місця її розташування або уповноваженою ним особою. При погодженні розміщення внутрішньої реклами втручання у форму та зміст реклами забороняється.

2. Забороняється розміщення внутрішньої реклами у приміщеннях органів державної влади та органів місцевого самоврядування, дошкільних навчальних закладах, середніх загальноосвітніх школах та спеціалізованих загальноосвітніх закладах освіти.

Ця заборона не поширюється на соціальну рекламу.

Стаття 22. *Реклама алкогольних напоїв та тютюнових виробів, знаків для товарів і послуг, інших об'єктів права*

інтелектуальної власності, під якими випускаються алкогольні напої та тютюнові вироби

8. Рекламодавці алкогольних напоїв та тютюнових виробів зобов'язані у порядку, передбаченому законами України, спрямовувати на виробництво та розповсюдження соціальної реклами щодо шкоди тютюнопаління та зловживання алкоголем не менше 5 відсотків коштів, витрачених ними на розповсюдження реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв у межах України. Розпорядники цих коштів щоквартально оприлюднюють звіт щодо їх використання.

Президент України Л. КУЧМА
м. Київ, 3 липня 1996 року № 270/96-ВР

2.5. Використання інтерактивних методів у програмах з формування здорового способу життя дітей та молоді

Мета: надати інформацію щодо використання інтерактивних методів у програмах з формування здорового способу життя підлітків, відпрацювати навички їх впровадження.

Завдання:

– розглянути існуючі підходи до навчання підлітків та молоді;

– проаналізувати особливості проведення просвітницько-профілактичної роботи з використанням інтерактивних методів для аудиторії підлітків;

– розглянути інтерактивні методи, що використовуються у програмах формування здорового способу життя та опанувати навички їх використання у роботі з підлітками.

Ключові слова: метод, підходи до навчання, активні методи, пасивні методи, інтерактивні методи, кейс-стаді, казкотерапія, театр-форум, рольові ігри.

Необхідне забезпечення: мультимедійний проектор, альбоми для фліпчарту, фліпчарт, роздаткові матеріали, настільні ігри «Володар кілець», «Пригоди у країні Здоровляндії», «Крок за кроком», набір кейс-стаді «Фотофішка».

Тривалість: 3 дні по 8 годин.

План проведення Перший день

1. Презентація мети і завдань тренінгу.
2. Знайомство учасників.
3. Обговорення умов ефективної роботи в групі.
4. Визначення очікувань учасників тренінгу.
5. Інформаційне повідомлення «Пасивні, активні та інтерактивні методи навчання».

Блок «Особливості використання інтерактивних підходів у просвітницько-профілактичній роботі з підлітками».

1. Мозковий штурм «Категорії підлітків».
2. Робота в групах «Що необхідно враховувати у просвітницько-профілактичній діяльності з різними категоріями підлітків?»

Блок «Інтерактивні ігри та особливості їх використання у просвітницько-профілактичній роботі».

1. Інформаційне повідомлення «Умови ефективного використання інтерактивної гри».
2. Інтерактивна гра «Острів».
3. Підведення підсумків дня.

Другий день

Блок «Казкотерапія як метод попередження ризикованої поведінки серед дітей та підлітків»

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.
2. Інформаційне повідомлення «Казкотерапія: використання у профілактичній роботі».
3. Робота в групах «Можливості роботи з казкою».
4. Відпрацювання навичок роботи розробки та проведення «казкотерапевтичного заняття».

Блок «Можливості використання методу кейс-стаді у просвітницько-профілактичній роботі».

1. Інформаційне повідомлення «Особливості використання методу case-study».
2. Робота в групах по створенню та розв'язанню проблемних ситуацій.
3. Презентація різновиду кейс-стаді – «Фото-фішка».

Блок «Настільні ігри та їх можливості у профілактичній діяльності».

1. Аналіз можливостей використання настільних ігор у профілактичній роботі.
2. Ознайомлення з настільними іграми «Володар кілець», «Пригоди у країні Здоровляндії» та «Крок за кроком».
3. Робота в групах по розробці профілактичних настільних ігор.
4. Підведення підсумків дня.

Третій день

Блок форум-театр як метод профілактики негативних явищ: суть та особливості використання.

1. Рефлексія знань, отриманих у попередні дні.
2. Аналіз можливостей театру у профілактичній роботі.
3. Інформаційне повідомлення «Форум-театр: поняття, мета та завдання, підготовка».
4. Відпрацювання навичок постановки форум-театру.
5. Підведення підсумків роботи.

◆ Інформаційні матеріали

Пасивні, активні та інтерактивні методи навчання

Метод – це (*грец.* «methodos» – буквально «шлях до чогось») у загальному значенні – спосіб досягнення мети, певним чином впорядкована діяльність.

Методи навчання – сукупність прийомів та підходів, які відображають форму взаємодії учнів (учасників) і вчителя (тренера, ведучого) у процесі навчання.

У сучасному розумінні процес навчання розглядається як процес взаємодії між учителем та учнями (урок, заняття) з метою прилучення учнів до певних знань, навичок, умінь, цінностей.

На сьогодні отримали широке розповсюдження 3 форми взаємодії вчителів і учнів: пасивна, активна та інтерактивна.

Пасивне навчання.

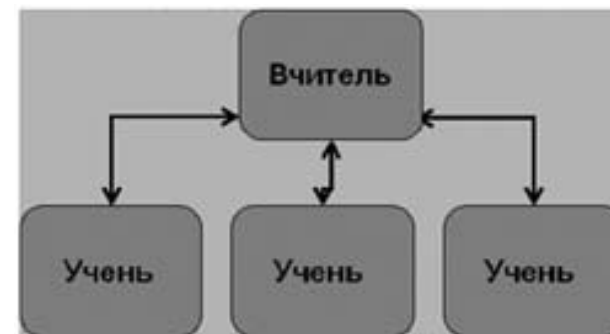


Пасивне навчання – це форма взаємодії учнів і вчителя, в якій вчитель є основною дієвою особою і керівником заняття, а учні виступають у ролі пасивних слухачів, які підкорюються директивам учителя. Зв'язок учителя з учнями в пасивних уроках здійснюється за допомогою опитувань, самостійних, контрольних робіт, тестів тощо.

З точки зору сучасних педагогічних технологій і ефективності засвоєння учнями навчального матеріалу пасивний метод вважається найбільш неефективним.

Однак, не дивлячись на це, він має і деякі переваги. По-перше, це відносно проста підготовка вчителя до заняття. По-друге, саме пасивний метод дозволяє подати найбільшу кількість матеріалу в обмежених часових умовах. З урахуванням даних переваг багато вчителів користуються саме пасивним методом, порівняно з іншими. Слід зазначити, що в деяких випадках цей підхід успішно діє в руках досвідченого педагога, особливо тоді, коли учні мають чіткі цілі, спрямовані на ґрунтовне вивчення предмету. Лекція – найрозповсюдженіший вид пасивного уроку. Цей вид широко розповсюджений у ВНЗ, де навчаються дорослі, цілком сформовані люди, які мають чітку мету – глибоко вивчити предмет.

Активне навчання.



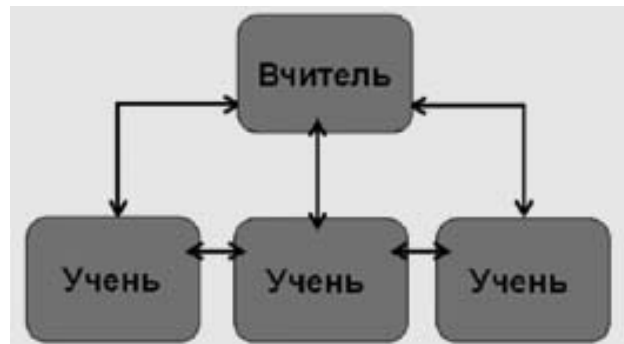
Активне навчання – це форма взаємодії учнів і вчителя, де учні виступають не пасивними слухачами, а активними учасниками заняття.

Якщо в пасивному методі основною дієвою особою і ме-

неджером заняття був учитель, то тут усі учасники мають рівні права. Активні методи передбачають взаємодію, вибудовану на демократичних засадах.

Отже, активне навчання – це така організація і ведення навчального процесу, яка спрямована на активізацію навчально-пізнавальної діяльності учнів шляхом широкого, бажано комплексного, використання як педагогічних (дидактичних), так і організаційно-управлінських засобів (В.М. Кругліков, 1998).

Інтерактивне навчання.



Інтерактивне навчання («inter» – це взаємний, «act» – діяти) означає взаємодіяти, перебувати у режимі бесіди, діалогу з кимсь.

Іншими словами, на відміну від активних методів інтерактивні орієнтовані на ширшу взаємодію учнів не лише з учителем, але й між собою, і на домінування активності учнів у процесі навчання.

Роль учителя в інтерактивних заняттях полягає в тому, щоб спрямувати діяльність учнів на досягнення цілей заняття. Вчитель також розробляє план заняття (як правило, це інтерактивні вправи і завдання, в процесі виконання яких учень вивчає матеріал). Відповідно основними складовими інтерактивних занять є інтерактивні вправи і завдання, які виконуються учнями.

Отже, інтерактивний підхід у навчанні – це певний тип діяльності учнів, пов'язаний з вивченням навчального матеріалу під час інтерактивного заняття.

Основою інтерактивного підходу є інтерактивні вправи і завдання, які виконуються учасниками. Головна відмінність інтерактивних вправ і завдань в тому, що вони спрямовані не лише і не стільки на закріплення вивченого матеріалу, скільки на вивчення нового.

Види інтерактивних вправ та завдань:

- творчі завдання;
- робота у малих групах;
- навчальні ігри (рольові, імітації, ділові та навчаючі ігри);
- використання суспільних ресурсів (запрошення спеціаліста, екскурсії);
- соціальні проекти та інші позааудиторні методи навчання (соціальні проекти, змагання, радіо та газети, фільми, спектаклі, виставки, презентації, пісні, казки);
- розминання;
- вивчення та закріплення нового матеріалу (інтерактивна лекція, робота з наочними посібниками, відео- та аудіоматеріали, «учень в ролі вчителя», «кожний навчає кожного», мозаїка (ажурна пилка), використання запитань, Сократичний діалог);
- обговорення складних та дискусійних питань і проблем (шкала переконань, проективні техніки, «один – удвох – усі разом», «зміни позицію», «каруселі», дискусія в стилі телевізійного ток-шоу, дебати, симпозіум);
- розв'язання проблем («дерево рішень», «мозковий штурм», «аналіз казусів», «переговори та медіація») тощо.

Отже, можна дійти висновку, що не всі методи роботи з групою однаково ефективні. Існує так звана «піраміда пізнання», яка показує, що чим більший ступінь участі тих, хто навчається, у процесі пізнання, тим більше інформації і навичок засвоюється учасниками.



Література

1. **Методы** обучения. Обучение в сотрудничестве. Автор.-сост.: Д. Джонсон, Р. Джонсон, Э. Джонсон-Холубек.
2. **Радугин А. А.** Педагогика.
3. **Фокин Ю. Г.** Преподавание и воспитание в высшей школе. Методология, цели и содержание, творчество.



Якщо цільова група просвітницько-профілактичної програми – підлітки та молоді люди віком до 18 років

(до групової роботи «Що необхідно враховувати у просвітницько-профілактичній діяльності з різними категоріями підлітків?»)

Цільова група – це виділена за певними параметрами і якостями група людей, на яку спрямована увага різних організацій; їй адресований який-небудь вид діяльності, продукції.

Цільова група може бути обрана за різними критеріями: вік, місце роботи, професія, культурні особливості тощо.

Чому підлітки – цільова група багатьох профілактичних програм? Тому що підліткам властива схильність до ризику і гострих відчуттів, низька стійкість до стресів, страх бути відкинутим і прагнення влитися до групи однолітків. А це може призвести до поведінки, яка є небезпечною для здоров'я. Крім того, особистість підлітка сприйнятлива і швидко засвоює як гарне, так і погане. Проводячи тренінги для підлітків, ми даємо їм можливість здобувати необхідні знання, уміння і навички для збереження здоров'я, що будуть використовуватися ними протягом усього життя. Під час роботи з даною віковою групою варто враховувати те, що саме у віці 13-15 років починають відбуватися «зрушення» у фізіології людини.

Що важливо знати про фізіологію підлітка для того, щоб ефективно провести тренінг?

Фізіологічні зміни, що відбуваються в головному мозку підлітка	Як вони виявляються в поведінці підлітка?	Як це враховувати при проведенні тренінгу?
Скорочується період активності домінуючого центру кори.	Нетривала увага.	<ol style="list-style-type: none"> Інформаційні блоки робити не більше 20 хвилин, після чого – ігри, вправи. Плануючи тренінг, підбирати різні методи його проведення: інформаційний блок (необхідний мінімум), бесіди, дискусії, ігри, самостійна робота в мікрогрупах.
Погіршується здатність до диференціювання.	Погіршується розуміння матеріалу, що викладається, і засвоєння інформації.	<ol style="list-style-type: none"> Використовувати більше яскравих зрозумілих прикладів і фактів. Під час проведення тренінгу постійно перевіряти за допомогою запитань, анкет, ігор, чи правильно учасники зрозуміли ведучого. Неодноразово повторювати складний матеріал, використовуючи різноманітні методи. Наприклад: розповідаючи про права дитини, малювати карту-схему на дошці чи ватмані, проводити відповідну гру, намагатися одержати зворотний зв'язок, видати анкету, щоб перевірити засвоєння інформації.

Збільшується латентний період рефлексорних реакцій.	Сповільнюється реакція. Підліток не відразу відповідає на запитання, починає виконувати завдання.	Не квапити. Враховувати цю особливість при плануванні часу для тренінгу.
Підкіркові процеси виходять з-під контролю кори.	Він погано володіє своїми емоціями. Не може контролювати прояв як позитивних, так і негативних емоцій.	Ставитися до прояву емоції з розумінням. Не оцінювати. Не «заражатися» негативними емоціями. У конфліктних ситуаціях переключати увагу на що-небудь інше. Використовувати цю особливість як «емоційний якор» при засвоєнні інформації.
Послаблюється діяльність другої сигнальної системи.	Мова може бути уповільненою, короткою, стереотипною. У підлітка погане розуміння аудіальної /словесної/ інформації.	Не квапитись. Підказувати необхідні слова. Розповідаючи, використовувати візуальні матеріали, записувати ключові слова, малювати. Розповідати емоційно, з яскравими прикладами.

Психологічні особливості підлітків	Як вони виявляються у поведінці підлітків?	Як це враховувати при проведенні тренінгу?
Чутливість до думки навколишніх з приводу зовнішності, знань, здібностей.	Підлітки стають уразливими. Для них краще нічого не говорити, ніж сказати і помилитися. Вони хочуть виглядати краще за всіх і справляти вигідне враження.	Уникати оцінок, говорити тільки про себе, свої почуття. Сприймати підлітків такими, які вони є. Надати можливість висловитися кожному, підтримувати ініціативу.
Реакція емансипації – прагнення вивільнитися з-під контролю, опіки дорослих, зовнішнє бунтарство, демонстративність.	У групі виявляється як опір: учасники можуть демонстративно порушувати правила, голосно обговорювати слова чи вчинки вудочого.	Використовувати демократичний стиль поведінки. Надати учасникам право вільно висловлювати свої думки, говорити про свої почуття.
Потреба в довірливому спілкуванні.	Хочуть, щоб їхню думку поважали. Хочуть бути почутими. Важко переживають, коли їх перебивають не дослухавши.	Спілкуватися з учасниками на рівних, але не допускати панібратства. Звертатися особисто до кожного. Дотримуватись правила конфіденційності і правил групової роботи.
Потреба в спілкуванні і дружбі, страх бути відкинутим. Формування ставового потягу, визначення його направленості.	Часто уникають спілкування, боючись «не сподобатися». Тому багато хто не може сформулювати глибокі міжособистісні стосунки.	Не тільки заохочувати, а й сприяти неформальному спілкуванню між учасниками групи. Підтримувати, підбадьорювати невпевнених у собі. Вводити у план тренінгу дискусії про любов і дружбу, сексуальність.

Прагнення бути прийнятим у своїй соціальній ролі і статусі; потреба бути ідентифікованим з однолітками, що володіють значимими якостями.	Може бути яскраво виражене прагнення до епатжності, прикрашання своїх «подвигів» як соціально-прийнятних, так і навпаки. Можуть не висловлювати своїх думок, якщо вони розходяться з думкою групи. Болісно сприймають втрату авторитету в групі.	Розбивати «могучі кучки» (наприклад, поділяти групу на пари так, щоб в одній парі був учасник «могучої кучки» і учасник, який до неї не входить. Можна дати домашнє завдання, що вимагає взаємодії, можливо, навіть поза групою (наприклад, запропонувати провести соціологічне опитування). Якщо реальні або надумані розходження (соціальний статус, статус підліткової культури, вік тощо) починають заважати роботі, обговорювати цей момент із групою.
Схильність до ризику, гострих відчуттів.	Не вміють адекватно оцінювати свої сили. Не думають про власну безпеку.	Використовувати вправи, спрямовані на відпрацювання навичок адекватного реагування у важких ситуаціях спілкування та в ситуаціях зняття стресу. Демонструвати впевнене, спокійне поведження.
Підпаданя під вплив з боку однолітків.	Страх твердо виразити свою думку і виявитися «білою вороною». Можуть не мати своєї думки і не мати навички самостійного прийняття рішення.	Використовувати рольові ігри, спрямовані на вироблення навичок прийняття самостійних рішень і вміння сказати «Ні!», заохочувати бажання учасників групи поділитися отриманою на тренінгу інформацією зі своїми однолітками.

Низька стійкість до стресів.	Можуть діяти нерозважливо, поводитися неадекватно.	Проводити дискусію щодо способів реагування в стресових ситуаціях.
------------------------------	--	--

📖 Література

1. **Зимівець Н. В., Лещук Н. О., Авельцева Т. П.** та ін. *Методика освіти «рівний – рівному»*: Навч.-метод. посібник. – К.: Навчальна книга, 2002.
2. **Профессиональная** кухня тренера (из опыта неформального образования в третьем секторе)/Отв. ред. Е. Карпиевич, В. Величко. – СПб.: «Невский простор», 2003.
3. **Активні** методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІД та ризикованої поведінки: пос. для спеціалістів приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній/За заг. ред. Р. Г. Вайноли, Т. Л. Лях; Авт.-упор.: О. В. Безпалько, Н. В. Зимівець, І. В. Захарченко та ін. – К.: ТОВ Перфект Стайл, 2007. – С. 79-83.
4. **Осознанное** право – право на каждый день/Пособие для начинающего тренера, работающего в области правового просвещения/Состав. и общ. ред. Т. П. Авельцева, Н. В. Зимовец. – Днепропетровск, 2001.



Умови ефективного використання інтерактивної гри

У практиці сучасної соціально-педагогічної діяльності існують різні бачення ролі інтерактивних методів як засобу педагогічної взаємодії. Одні дослідники вбачають у них своєрідну панацею, яка вирішує усі проблеми процесу навчання, інші – істотне доповнення до існуючої системи методів навчання, які використовуються в сучасній тради-

ційній освіті, хтось – інструмент для урізноманітнення досить однотипної форми пізнання навколишньої дійсності, дехто – якісно інший підхід до організації освітньої діяльності.

Напевно кожний із зазначених підходів до визначення ролі інтерактивних методів має право на існування. Та разом з тим розуміння терміна «інтерактивні методи навчання», а, як наслідок, і його вживання часто не є зовсім точними. Як слово, що визначає головну особливість даних методів навчання, використовується прикметник «інтерактивний», що означає «заснований на взаємодії». Однак взаємодія, будучи основним елементом будь-якої освітньої діяльності, у більшому або меншому ступені присутня при використанні практично кожного з методів навчання. У цьому разі цілком природним є питання: «Так що ж варто розуміти під інтерактивністю?»

Для відповіді на це питання буде доречним звернутися до ідей інтеракціонізму – теоретико-методологічного напрямку у закордонній соціології й соціальній психології, які отримали найбільший розвиток у другій половині ХХ століття [10, 218].

Американський соціолог і соціальний психолог Джордж Мід – основоположник інтеракціонізму, розглядав розвиток суспільства й соціального індивіда (соціальне «Я») у нерозривній єдності. Він вважав, що походження «Я» цілком соціальне, а головна його характеристика – здатність ставати об'єктом самоспостереження, саморефлексії й самоконтролю [4].

Представники більш пізнього інтеракціонізму (М. Кун, Т. Шибутані), досліджуючи природу соціальних процесів, вбачали в їхній основі вироблення й зміну соціальних значень, постійне визначення й перевизначення ситуацій взаємодії їхніми учасниками [12].

Таким чином, можна зробити висновок про те, що в цьому разі під інтерактивністю розуміється не просто процес взаємного впливу об'єктів один на одного, а спеціально організована пізнавальна діяльність, що має яскраво вираже-

ну соціальну спрямованість.

Отже, до інтерактивних методів можуть бути віднесені ті методи навчання, які організують процес соціальної взаємодії, на підставі якого в учасників виникає якесь «нове» знання, що народилося безпосередньо в ході цього процесу або стало його результатом.

Якщо говорити про інтерактивну гру як один із методів активного навчання, то слід зазначити, що питання використання даного виду ігор у соціально-просвітницькій діяльності є досить актуальним. Сьогодні достатньо широке коло спеціалістів використовують різноманітні інтерактивні ігри у своїй діяльності. Та така популярність інтерактивних ігор у різноманітних фахівців соціальної сфери має і зворотний бік. Часто спеціалісти не сприймають цей метод як достатньо серйозний, що вимагає кропіткої підготовки. Можливо, це відбувається тому, що у назві методу одним із слів є саме «гра», а вона найчастіше сприймається більшістю як «забавка».

Адже з поняттям «гра» ми часто зустрічаємось у своїй практиці. Вона майже завжди є частиною групової роботи. Однак, як вже зазначалося, ставлення до неї у соціально-просвітницькій роботі часто досить легковажне: гра – це всього-навсього лише гра. Гру використовують як спосіб зняття напруження, з метою розважитися, познайомитися, і рідше для вирішення завдання, спрямованого на особистісний розвиток, опрацювання певної теми.

Гра як культурний феномен та один з найважливіших засобів розвитку розглядалася ще в далекій давнині. Стародавні індуси сприймали життя як божественну гру («ліла»), як ілюзію («майя»), вважаючи, що ілюзія і є гра, і більше того, навіть слово «ілюзія» означало в них «перебування в грі», «in lidum» (лат. «Lidum» – гра). Про гру писали і філософи, і поети. У Ф. Шіллера «людина, власне, тільки тоді і є цільною істотою, коли грає». «Весь світ – театр, а люди в ньому – актори», – стверджував В. Шекспір. «Homo Ludens», «людина граюча» за словами Й. Хейзінгі – нова іпостась людини, що доповнює «homo sapiens», «лю-

дину розумну» й «homo faber» – «людину-творця» [2; 11].

Психолого-педагогічна література дає чимало відповідей на питання, в чому і як взаємодіє ігрова діяльність та процес соціалізації особистості. Дидактичні аспекти ігрової діяльності вивчалися у працях Л. О. Венгер, О. Е. Селецької, Д. М. Узнадзе та інших. Рекомендації щодо використання гри в системі виховної роботи школи запропоновані в дослідженнях Н. П. Анікєєвої, З. А. Веселої, О. С. Газмана, Р. М. Миронової, О. Л. Небезжанської, В. М. Терського, С. А. Шмакова та інших. Питання використання гри з метою діагностики і психокорекції міжособистісних стосунків, окремих якостей творчої особистості розглядали Н. Я. Безборода, А. Б. Добрович, В. В. Петрученко, В. Р. Прауде, М. Л. Смульсон та інші. У працях Д. Б. Менжерицької, Є. М. Мінскіна, Б. П. Никітіна, О. Ю. Приходько, О. Я. Савченко, А. М. Тютюнникова та ін. висвітлено різноманітні аспекти використання ігор у навчально-виховному процесі сучасних середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів. Обґрунтування ж і практичне застосування ігор, які доцільно було б використовувати в практиці соціальної роботи, знайшли відображення у працях Р. Х. Вайноли, Н. В. Зимівець, Т. П. Цюман та ін.

Специфіка ігрової діяльності в системі соціально-педагогічної роботи полягає, перш за все, у превентивній, профілактичній та корекційній спрямованості гри. Метою таких ігор може бути як безпосередній розвиток якостей особистості, так і демонстрація творчості учасників, їх позицій і можливих перспектив розвитку. Програвання певних ситуацій, залучення учасників гри до ситуації вибору є реальним шляхом розвитку творчої особистості, а саме таких її якостей, як творчий інтерес, допитливість, бажання пізнати себе, впевненість у власних силах, творчий оптимізм тощо. Наявність цих показників є характерною ознакою творчої діяльності. Гра є одним з інструментів в арсеналі соціального працівника у процесі розв'язання проблеми організації життя виховного колективу ще й тому, що її можна застосовувати з метою діагностики, пси-

хокорекції міжособистісних стосунків. Окрім цього, гра сприяє духовній і фізичній розкнутості, зняттю напруження, посиленню відчуття радості від подолання певних труднощів, перешкод [8, 130-140].

Однією з особливостей застосування ігор в соціальній роботі є активне залучення учасників не лише до процесу програвання, але й до самого створення гри. Вітчизняний науковець Р. Х. Вайнола запропонувала у зв'язку з цим класифікацію ігор:

- ігри, в яких відчувається нестача інформації;
- ігри, умови яких потребують доповнення;
- ігри, де визначено лише сюжет;
- ігри зі суперечностями у змісті;
- ігри із запланованими помилками у змісті (з метою виправлення помилок учасниками);
- ігри із запланованим сюжетом і умовами, де оцінки, результати визначають учасники [1, 105-106].

Якщо говорити про класифікацію даних ігор, то слід зазначити, що тут спостерігаються деякі труднощі. Зокрема складність полягає у тому, що деякі принципи їхньої побудови подібні й на перший погляд може здатися, що мова йде про одне й те саме, проте існують істотні розбіжності. Виділяють низку складних ігор: рольові, організаційні, ділові, симуляційні. До речі, інтерактивні ігри також є різновидом складних ігор.

Значущість інтерактивної гри підкреслює німецький психолог Клаус Фопель: «Поняття «гра» важливе, тому що інтерактивні ігри пробуджують у їх учасників допитливість, зацікавленість, готовність до ризику, вони створюють ситуацію випробування й дарують радість відкриттів, що властиво всім іграм. Поняття «інтеракція» включає внутрішньоособистісну (різні частини моєї особистості вступають у контакт одна з одною) і міжособистісну (я вступаю в контакт із іншими людьми) комунікацію» [9, 10; 7].

За змістовим наповненням, сюжетом інтерактивні ігри дуже різноманітні. Це суттєво ускладнює описання інтерактивної гри як окремого методу. Підставами для кла-

сифікації інтерактивних ігор можуть служити: цілі ігор; кількість учасників гри; навантаження на учасників; тривалість; засоби спілкування; ступінь структурованості гри; походження гри; психологічна основа інтерактивної гри; вимоги до ведучого групи; глибина інтервенції (втручання) гри; масштаб інтервенції [5; 9, 13-20].

Разом з тим даний метод має деякі відмінні риси:

- наявність учасників або груп учасників, інтереси яких значною мірою перетинаються;
- наявність чітко обговорених правил гри, що дає однозначне розуміння рамок припустимих дій учасників;
- наявність ясної мети, досягнення якої можливе шляхом здійснення певних дій у рамках установлених правил;
- здійснення взаємодії з іншими учасниками гри тим способом й у тім обсязі, що обирається самим учасником;
- можливість використання учасниками різних моделей поведінки в процесі досягнення мети;
- докладна групова рефлексія й підведення підсумків по закінченні гри [3, 65-66].

Одним з основних завдань інтерактивної гри є створення умов для знаходження учасниками нового значущого для них досвіду соціальної поведінки, що допоможе їм розібратися в різних життєвих ситуаціях, з розумінням й аналізом яких до цього були певні труднощі. Взаємодія у цьому разі виступає каталізатором і доповнює систему знань, що були раніше в учасників, і уявлень стосовно певних життєвих ситуацій. Таким чином, інтерактивну гру можна визначити як активний метод навчання, заснований на досвіді, отриманому в результаті спеціально організованої взаємодії учасників з метою зміни індивідуальної моделі поведінки [3, 66].

Напевно інтерактивна гра поміж усіх інших активних методів навчання найбільш схожа на рольову гру, проте між ними також є певні відмінності.

В інтерактивній грі немає поділу на групу, що грає ролі, і групу спостерігачів, які згодом беруть участь у процесі аналізу. Неодмінною умовою є участь кожного в грі, тому

що основним навчальним елементом у цьому разі виступає взаємодія.

В інтерактивній грі, як і у рольовій грі, учасникам задається ситуація. Однак замість конкретних ролей їм даються лише інструкції, яким чином варто діяти. Крім того, зовсім не обов'язково, щоб запропонована ситуація нагадувала життєву. Досить, якщо вона буде містити в собі певну проблему, яку варто вирішити.

В інтерактивній грі перед учасниками ставиться мета, яку вони повинні прагнути досягти, наприклад, набрати найбільшу кількість балів тощо. За відсутності такої мети сама гра буде сприйматися несерйозно, а ігрова ситуація набере елемента штучності, що істотно знизить її ефективність.

Інтерактивна гра за своєю природою наближена до спортивного змагання (через такі ознаки, як наявність мети, загальна участь тощо), у той час як рольова гра більше нагадує театральну дію (наявність ролей, глядачі у вигляді спостерігачів тощо) [6].

Для того, щоб володіти технікою гри й передбачати ефекти, які вона може справити на гравців, ведучий повинен мати досвід власної участі у ній. Німецький дослідник Герберт Гудіонс протягом тривалого часу займався розробкою інтерактивних методів. Він вважає, що «кожний, хто мав деякий досвід тренінгу в різних групах, знає, що ігри й вправи – інструменти, які можна застосовувати невміло, неефективно, а іноді зі шкідливими наслідками. Саме тому вирішальна умова для застосування інтерактивних методик – власний досвід участі в груповій динаміці по самопізнанню. Якщо ведучий не знає структури якоїсь методики, він повинен спробувати нею програти в колі своїх знайомих. При цьому корисно зафіксувати конкретний досвід з іграми й вправами та внести можливі зміни» [3, 143].

Важливими рекомендаціями для ведучого інтерактивної гри будуть такі:

– будь-яка інтерактивна гра має бути чітко продума-

ною, структурованою, виваженою щодо цілей та завдань соціально-просвітницької діяльності та ретельно підготовленою;

– починаючи гру, ставте чіткі завдання та не втручайтесь у процес групової роботи. Натомість уважно спостерігайте за динамікою та шляхом досягнення групою мети. Непомітно фіксуйте спостереження – вони знадобляться вам під час рефлексії;

– пам'ятайте, що гра може тривати 10 хвилин, а от обговорення її – мінімум втричі довше;

– у процесі аналізу і підведення підсумків гри дуже важливо не намагатися нав'язати учасникам свою думку. Адже вони будуть говорити не те, що думають, а те, що від них хочуть почути. Це означає, що освітній ефект гри зведений до мінімуму, а ведучий, керуючись бажанням пояснити учасникам «мораль» тієї або іншої інтерактивної гри, досягає зворотного ефекту;

– не варто прагнути до негайного розуміння учасниками всієї важливості знайденого ними досвіду у результаті гри, адже не випадково серед тренерів та педагогів з приводу ефективності того або іншого методу часто можна почути фразу: «Результат через півроку»;

– даючи зворотний зв'язок ведучого, керуйтеся лише зафіксованими спостереженнями та фактами; пам'ятайте про почуття групи, використовуйте гумор, будьте толерантними та конструктивними;

– в тому разі, якщо час, запланований на проведення гри вичерпано, гру та обговорення обов'язково слід довести до кінця. Не можна діяти за схемою – «гра сьогодні», а обговорення «колись»;

– і знову-таки, дивіться пункт 1: «Будь-яка інтерактивна гра має бути чітко продуманою, структурованою, виваженою щодо цілей та завдань соціально-просвітницької діяльності та ретельно підготовленою».

Звичайно, як і будь-який метод, інтерактивні ігри мають свої переваги й недоліки.

До переваг належать:

- активність всіх членів групи;
- можливість програвати різні моделі поведінки, інші ролі;
- можливість одержання нового соціального та особистісного досвіду в процесі гри;
- наявність обов'язкового етапу рефлексії (багато інших видів ігор страждають через відсутність такого);
- можливість особистісного росту учасників;
- можливості застосування інтерактивних ігор для діагностики, корекції, профілактики;
- можливість застосування інтерактивних ігор для різних категорій учасників (при модифікації правил й умов гри в більшому або меншому ступені);
- глибокий рівень засвоєння інформації завдяки емоційним переживанням;
- вироблення вміння слухати та чути інших;
- знання «пропускати через себе», коли деякі висновки людина робить самостійно або під час обговорення у групі;
- навчання через обмін досвідом або пасивне спостереження;
- взаємодія, активізація мислення;
- можливість аналізу своїх дій, відчуття набуття досвіду;
- можливість обміну досвідом та думками;
- вироблення вміння співпрацювати;
- різноманіття форм, невідомість їх для учасників;
- можливість у невимушеній формі та атмосфері набувати досвід;
- можливість програти ситуацію, а потім подивитися на неї збоку, об'єктивно оцінити все, що відбувалося;
- розвиток індивідуальних здібностей та стимулювання тим самим до активної суспільно корисної діяльності.

До основних недоліків належать:

- складність у підготовці й проведенні інтерактивної гри;
- необхідність чималих часових витрат;
- необхідність хорошої матеріальної бази;
- важливість високого рівня професійної підготовки ведучого;
- обмеженість застосування (учасники мають бути одного віку; важливість врахування стану здоров'я);
- ризик зіткнення особистісних амбіцій і різноманітних особливостей поведінки людини;
- загроза надмірної захопленості грою, невміння робити висновки;
- надмірно великі групи;
- необхідність високої відповідальності ведучого;
- інтерактивна гра – це практика, недостатньо підкріплена теорією;
- пасивність деяких учасників, небажання брати участь;
- неможливість використання у дошкільних закладах;
- ризик виникнення конфліктних ситуацій;
- неможливість повністю розкрити свій творчий потенціал;
- важко використовувати в групах, де учасники не знають один одного;
- можна сильно «зацепити» особистісні позиції, якості або проблеми людини;
- не всі знання можна набувати саме через цей метод;
- по завершенню гри у деяких учасників можуть залишитись негативні переживання;
- відносно низька інформаційна продуктивність;
- недостатня розробленість даної проблеми в літературі [3, 68].

Інтерактивні ігри можна застосовувати для вирішення багатьох ситуацій, які виникають у групі, у різних тематичних і проблемних галузях. За їх допомогою можна моделювати, розвивати й удосконалювати практично усі осо-

бисті й професійні способи поведінки – комунікативні навички, спостережливість, здатність розбиратися у своїх і чужих почуттях, а також творчі здатності й фантазію.

Метод інтерактивної гри є важливим елементом професійної діяльності психологів, педагогів, соціальних педагогів і соціальних працівників, тому що він дозволяє вирішувати різні завдання практичної діяльності. Інтерактивні ігри можуть використовуватися для навчання ведення груп, процесу прийняття рішень, рольовій поведінці, розв'язання конфліктів, співробітництва.

Література

1. **Актуальні** проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання)/Автор. колектив: А. Й. Капська, О. В. Безпалько, Р. Х. Вайнола; За заг. ред.: І. Д. Звереві, Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2001. – 129 с.
2. **Бондарева Е. Е.** Гра як естетичний феномен (культуро-логічний та педагогічний аспекти)//Образование без границ, №2, 2002. С. 54-57.
3. **Инновационные** методы в гражданском образовании/Величко В. В., Карпиевич Д. В., Карпиевич Е. Ф., Кирилук Л. Г. – 2-е изд. доп. – Мн.: Медисонт, 2001. – 168 с.
4. **Кон И.** Открытие «Я». – М.: Аграф, 1978. – 98 с.
5. **Королева Е.** Голос чужой планеты//Школьный психолог, № 46-48, 2001.
6. **Межкультурное** образование в школе/Величко В. В., Дергай А. В., Карпиевич Д. В., Савчик О. М. – Мн.: Тесей, 2001. – 168 с.
7. **Профессиональная** кухня тренера (из опыта неформального образования в третьем секторе)/Отв. ред.: Е. Карпиевич, В. Величко. – СПб.: Невский простор, 2003. – 256 с.
8. **Технології** соціально-педагогічної роботи: Навч. посіб. /За заг. ред. А. Й. Капської. – К.: ТОВ ВКВ Аспект, 2000. – 372 с.

9. **Фопель К.** Технология ведения тренинга. Теория и практика. Пер. с нем. – М.: Генезис, 2003. – 272 с.

10. **Чалдини Р.** Психология влияния. Спб.: Питер, 1999. – 272 с.

11. **Философский** энциклопедический словарь. – М., 1989. – 218 с.

12. **Шибутани Т.** Социальная психология. – Р-н-Д.: Феникс, 1998. – 544 с.



Казкотерапія: використання у профілактичній роботі

Казки люблять всі: і діти, і дорослі. Давайте замислимося – чому? На це запитання можна знайти безліч відповідей. Одна з найголовніших – казки лікують душу, а через душу – зцілюють тіло.

Люди інтуїтивно тягнуться до казки, шукають у ній прихований зміст, щоб заново відкрити у собі те, що вже відомо, але сховано у глибині серця.

Сьогодні слово «казкотерапія» не викликає здивованих поглядів і уточнюючих запитань практичних психологів. Слово знайоме і часто використовується. Казкотерапію використовують скрізь: у дитячих садочках, школах, кризових центрах, лікарнях – скрізь, де діти та дорослі можуть отримати допомогу. У своїй діяльності до методу казкотерапії звертались такі відомі зарубіжні та вітчизняні психологи, як Е. Фромм, Берн, О. Петрова, Т. Зінкевич-Євстигнеєва.

Отже, казкотерапія – метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку її творчих здібностей, розширення свідомості, удосконалення взаємодії з оточуючим світом.

Казки вчать берегти здоров'я, ще раз роблять наголос на загальнолюдських цінностях, на тому, без чого навряд чи людина зможе відчувати себе щасливою. Підліткам та дорослим рівень розвитку їх інтелекту дозволяє розкривати для себе суть міфів та притч, що, без сумніву, впливає

на формування життєвих орієнтирів, які у майбутньому дозволять зробити правильний вибір та подолати скрутну життєву ситуацію.

Діти, як і дорослі, – різні, кожний має свій характер та неповторну індивідуальність. До кожної окремої дитини необхідно підібрати свій властивий їй «ключик».

Важливо пам'ятати, що:

- необхідно підбирати для роботи за методикою такі казки, які створять для дитини, підлітка «банк життєвих ситуацій»;
- якщо не аналізувати казку, то її сенс і уроки залишаться неусвідомленими;
- грамотно вибудований аналіз казки дасть можливість вплинути на процес формування ціннісних орієнтирів, які дозволять подолати ряд складних життєвих ситуацій у майбутньому;
- процес групового обговорення казкових подій дасть можливість збагатити життєвий досвід дитини: чим більше буде у неї варіантів відреагування, тим більшою буде її адаптивність.

Переваги казки у програмах з профілактики ризикованої поведінки та формування здорового способу життя серед дітей та молоді:

- казка без зайвого моралізаторства, суворих настанов чи вимог дозволяє дитині самостійно зробити висновки;
 - казка дає можливість спробувати поглянути на себе очима іншого;
 - казка дозволяє без ризику для власного здоров'я та життя «приміряти» різноманітні моделі поведінки, обравши найбільш влучну та адекватну модель.
- Від професіоналізму ведучого залежить:
- наскільки висновки, які зробить дитина в ході казкотерапевтичного заняття, будуть відповідати загальнолюдським цінностям та допоможуть дитині змінити свої установки щодо оточуючого світу та певні стереотипи поведінки;

- наскільки казка допоможе дитині набути того неповторного позитивного життєвого досвіду;
- наскільки у майбутньому дитина зможе використати цей досвід.

Можливості роботи з казкою.

Під час роботи з казкою можна використовувати безліч допоміжних методів та форм:

1. Використання казки як метафори.
2. Обговорення поведінки і мотивів дії персонажів.
3. Програвання епізодів казки.
4. Постановка казок за допомогою ляльок.
5. Малювання (ліплення) за мотивами казки.
6. Творча робота за мотивами казки (дописування, переписування).
7. Вигадування казки тощо.

Використання арт-терапевтичних методів у казкотерапевтичному занятті.

Арт-терапія – це терапія мистецтвом, піклування про душу за допомогою мистецтва. Традиційно арт-терапія пов'язується з різними видами мистецтва – від образотворчої діяльності до театралізованих дій.

У контексті казкотерапевтичного заняття арт-терапію можна використовувати в таких аспектах:

- діагностичний;
- корекційний;
- терапевтичний;
- профілактичний.

Діагностичний аспект.

Для детальнішого аналізу проблем дитини вже давно у психологічній практиці використовуються проєктивні методики. Малюнки, створені дитиною, дають можливість не лише отримати інформацію про внутрішній світ людини, але й є актом її самовираження, що корисно з точки зору профілактики.

Завдання, які можуть даватися в контексті казкотерапії:

- Намалювати казкову країну.
- Намалювати улюбленого казкового героя.
- Намалювати найкращий вихід із ситуації, що склалась у казці тощо.

Найчастіше у контексті казкотерапевтичного заняття для проєктивної діагностики можна використовувати 3 серії малюнків:

- «Людина і її внутрішній світ» (малюнки на тему: «На якого казкового героя ти б хотів перетворитися?», «На що б мене перетворив чаклун?», «Країна, що живе у мені»);
- «Сімейна серія» – описує різноманітні аспекти сприйняття дитиною своєї сім'ї та її членів («Сім'я у казкових образах»);
- «Особиста серія» – відносини дитини у різних площинах.

На думку російського науковця Зінкевич-Євстигнеєвої Т. Д., кожна казка має свою неповторність, однак погляд на казкотерапію як на виховальну систему передбачає загальні закономірності роботи з казковим матеріалом.

Отже, доцільно, на нашу думку, розглянути структуру корекційно-розвивального казкотерапевтичного заняття.

Етап	Призначення	Зміст етапу
1. Ритуал «входження» в казку.	Створення налаштування на спільну роботу. Вхідження в казку.	Колективна вправа. Наприклад, всі учасники, взявшись за руки, дивляться на свічку.
2. Повторення.	Згадати все, що зробили минулого разу, які висновки для себе зробили, якого досвіду якого досвіду набули.	Ведучий задає дітям запитання про те, що було минулого разу, що вони пам'ятають, чи використовували вони новий досвід протягом тих днів, поки не було занять, як їм допо-

		могло те, чому вони навчилися минулого разу.
3. Розширення.	Розширити уявлення дитини про будь-що.	Ведучий розповідає дітям нову казку. Питає, чи хотіли б діти допомогти комусь з героїв тощо.
4. Закріплення.	Набуття нового досвіду, виявлення нових якостей особистості дитини.	Ведучий проводить ігри, що дозволяють дітям набутися нового досвіду, здійснює з дітьми символічні мандрівки, перетворення тощо.
5. Інтеграція.	Пов'язування нового досвіду з життям.	Ведучий обговорює і аналізує разом з дітьми, в яких життєвих ситуаціях можна використовувати той досвід, який вони отримали сьогодні.
6. Резюмування.	Узагальнити отриманий досвід та пов'язати його з тим, що вже мається.	Ведучий підводить підсумки заняття. Чітко проговорює послідовність того, що відбувалось на занятті, відзначає окремих дітей за їх заслуги, підкреслює значимість отриманого досвіду, проговорює конкретні життєві ситуації реальності, в яких діти можуть використовувати новий досвід.
7. Ритуал «виходу» з казки.	Закріпити отриманий досвід, підготувати дитину до взаємодії у звичному середовищі.	Повторення ритуалу «входження» з доповненнями. Ведучий говорить: «Ми беремо з собою все важливе, що було з нами, все, чому ми навчилися». Діти протягують руки всередину кола, начебто беруть щось, і прикладають руки до грудей.

Залежно від обраної форми роботи з казкою, а також від форми її розповідання, казка, окрім власне своєї мети, може допомагати вирішувати також і такі психодіагностичні та психокорекційні завдання:

- виявлення актуальної проблематики для дитини, підлітка, дорослого шляхом аналізу його емоційного стану під час розказування, інтонаційних акцентів тощо;
- розвиток фантазії та уяви;
- розвиток уміння висловлювати свої думки;
- розвиток пам'яті і уваги;
- розвиток уміння слухати іншого, слідкувати за ходом його думок і уміння призупиняти свої власні думки та фантазії;
- розвиток емпатії, уміння ставати на місце іншого, подивитись на світ з різних сторін;
- зближення групи.

Література

1. **Вачков І. В.** Сказкотерапия: Развитие самосознания через психологическую сказку. – М.: Ось-89, 2001.
2. **Гнездилов А. В.** Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина (сказки доктора Балуга). – СПб.: Речь, 2002.
3. **Зинкевич-Евстигнеева Т. Д.** Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО Речь, 2000.
4. **Зинкевич-Евстигнеева Т. Д.** Формы и методы работы со сказками. – СПб.: ООО Речь, 2006.
5. **Психотерапевтическая энциклопедия.** Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1999.



Казки та оповідання, спрямовані на формування загальнолюдських цінностей, здоровий спосіб життя

Барви серця

Давно-давно, коли по Землі ходили чаклуни, а звірі розмовляли, як люди, жив на світі маленький Сонячний Зайчик. Він дарував своє світло людям, освітлював Землю, наповнював яскравими барвами все навкруги, ділився з веселкою найнезвичайнішими своїми відтінками.

Сонячний Зайчик стрибає поміж дерев, по галявинах, уздовж річечок, навкруги озерце, радує око мешканців лісу, які натомість дарували йому свій радісний настрій, чув веселий спів пташок, шепіт листя, й життя його виповнювалося змістом та все новими й новими барвами.

Минали роки, й Зайчик почав помічати, що барви світу потьм'янішали, все здавалося не таким яскравим, як раніше, поменшало яскравих квіток, і райдуга вже не та, й небо не таке синє. Сонячний Зайчик вирішив, що його світла не вистачить на весь світ, і він вирішив спробувати дещо інше.

Сонячний Зайчик звернувся до художника, майстра гри світла та кольору. Він вирішив придбати в нього яскраві фарби і розфарбувати світ заново. Натомість він пообіцяв віддати майстру частину свого світла, внутрішнього тепла.

Зайчик старався, розфарбовував світ, сонце, синє небо, райдугу, квіточки, але бачив, що фарби не ті, не такі яскраві та неповторні, та ще й змиваються з часом, а сам він уже не може дарувати світло. Зайчик відчував, що втратив своє внутрішнє тепло і ніхто вже не посміхається, зустрічаючи його, а та сила-силенна фарб, які він придбав, не допомогла йому зробити світ кращим.

Ці та інші казки можна знайти: Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІД та ризикованої поведінки: посібник для спеціалістів приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній/За заг. ред. Р. Г. Вайноли, Т. Л. Лях; Авт.-упор.: О. В. Безпалько, Н. В. Зимівець, І. В. Захарченко та ін. – К.: ТОВ «Перфект Стайл», 2007.

Йому стало так сумно, він зрозумів, що втратив дещо більш важливіше, щось таке, що примушувало його та всіх, хто навколо, жити та радіти життю. Він відчув, що втратив величезну часточку своєї душі, що нові фарби ні в якому разі не зможуть замінити йому втрачену світлу душу.

Мудрий художник спостерігав за Сонячним Зайчиком, він забрав свої фарби назад, адже вони були необхідні світу картин та мистецтва, щоб лише відображувати красу світу, але ні в якому разі не замінити її. Майстер віддав Зайчаті світло його серця та порадив ніколи більше не міняти внутрішній світ на будь-які зовнішні яскравості, адже лише світ очей та серця, світ душі та внутрішнє тепло можуть зробити Землю кращою, а все живе навколо – веселішим та яскравішим.

Запитання до казки

1. Як Ви розумієте назву казки «Барви серця»? Які барви живуть у нашому серці?
2. Поясніть вчинок Сонячного Зайчика.
3. Про яку людину можна сказати, що вона має яскравий та багатий внутрішній світ?
4. Яким чином ми можемо зробити світ, в якому живемо, яскравішим?

Казка про щастя

Відбувались ці події дуже давно. В одному невеликому містечку проживали батько та три сини. Жили вони дружно, допомагали батькові працювати у полі: поле зорати, засіяти, зібрати врожай. Так минали роки. З кожним роком батько відчував, що сил у нього все менше й менше. І ось одного разу зібрав батько синів і говорить їм:

– Сини мої, відчуваю я, що не в силі більше піклуватись про вас. Залишаю вам усе своє багатство, бережіть його, примножуйте, допомагайте один одному і зумійте бути щасливими.

І на вустах з цими словами батько помер.

Задумались брати, що ж мав на увазі батько, говорячи: «зумійте бути щасливими»? Що ж воно таке – щастя? Де його можна знайти?

Вирішили брати пошукати свого щастя. Довго ходили вони містами і селами, запитуючи жителів, що ж воно таке щастя, де можна його знайти. Отримували багато відповідей на ці запитання, та єдиної відповіді усе ж таки не знайшли.

Коли повертались брати уже додому, вирішили скоротити свій шлях і піти через ліс. Іде старший брат, дивиться – прямо перед ним широка яма, а в ямі Щастя сидить.

– Чого ти хочеш? – запитує його Щастя.

Недовго думаючи, відповідає старший брат:

– Ніколи не працювати, але бути завжди ситим.

– Гаразд, – посміхнулося Щастя, – не будеш ти працювати та будеш завжди ситий. Але не у цьому щастя.

Здивувався брат, чому йому так відповіло Щастя, адже він не буде працювати і завжди матиме вдосталь їжі. Невже він не буде щасливим?

Іде тією ж стежинкою середній брат і теж побачив цю ж яму, в якій сидить Щастя.

– Чого ти хочеш? – запитує його Щастя.

– Хотів би мати багато-багато грошей і таким чином бути щасливим. Адже тоді усе можна буде купити.

– Гаразд, – відповіло Щастя, – твоя воля.

Пішов середній брат, думаючи, що він – найщасливіша людина у світі.

Іде наймолодший брат. І треба ж такому статись – теж побачив цю яму.

– Чого ти хочеш? – запитує його Щастя.

– А ти чого? – запитує наймолодший брат Щастя.

– А мені б вибратися з цієї ями, – відповіло Щастя.

Подав руку Щастю наймолодший брат, допоміг вибратись і пішов своєю дорогою.

А Щастя побігло за ним...

А що ж таке – Щастя, запитасте ви?

Запитання до казки

1. Що таке, на Вашу думку, щастя?
2. Як Ви вважаєте, хто з трьох братів стане найщасливішим і чому?
3. Як Ви вважаєте, щастя потрібно шукати чи будувати його власноруч?
4. Поясніть відомий вислів: «Хочеш бути щасливим – будь ним!»

Правильне життя

У якомусь-то краї, а в якому – не пам'ятаю, жила собі Квіточка. В неї було гарне вбрання, яке складалось із семи пелюсток, сім пелюстків – сім кольорів.

Ось одного чудового ранку, коли наша Квіточка ще спала, до неї завітала тітонька Лінь.

Вона була така приємна, ввічлива, улеслива. Вона загортала Квіточку-семицвіточку в ковдру і шепотіла їй на вушко: «Люба, спи, ну навіщо тобі вставати так рано, робити якусь ранкову зарядку, вмиватись, чистити зуби? Ну кому це потрібно?! Не вставай, поспи ще трошки, поспи...» І Квіточка-семицвіточка, піддавшись умовлянням Ліні, повернулася на іншій бік і заснула. А прокинувшись, навіть не помітила збляклої пелюстки у своєму вбранні. Вставши, Квіточка-семицвіточка вирішила приготувати собі сніданок, а тітонька Лінь вже тут: «Покинь ти це дурне діло, стільки часу витратити, з'їси бутерброд, та й годі!» Квіточка так і зробила, але знову не помітила, як ще одна пелюстка втратила своє яскраве забарвлення.

І ось почала наша Квіточка товаришувати з тітонькою Лінню: рано не встає, зарядку не робить, не вмивається, зуби не чистить, хату не прибирає. А посуду в неї брудного назбиралось, у-у-у-у...

Одного дня, коли все на сонці вигравало і виблискувало чудовими барвами, наша брудна, невмивана, голодна та похмура Квіточка-семицвіточка пішла на прогулянку. І що

б Ви думали, зустріла свою давню знайому, таку ж Квіточку, а та чудово виглядає, така гарна, чистенька, пелюстки блищать кожна по-своєму, навколо неї – дивні пахощі! Подивилась на себе наша Квіточка-семицвіточка і соромно їй стало – брудна, пелюстки зім'яті, колір втратили, не блищать, а аромат... зовсім не той, що був колись.

«Ну ні, – подумала Квіточка, – так більше не буде: вижену Лінь зі свого дому і почну правильне життя!»

А Ви думаєте правильне – це яке?

Запитання до казки

1. Що таке, на вашу думку, лінь, і чому вона нам заважає у житті?
2. Чому пелюстки Квіточки-семицвіточки після її зустрічі з Лінню почали втрачати свій колір?
3. Як Квіточці-семицвіточці відновити яскраве забарвлення своїх пелюсток?

Дидактична гра: маємо сім різнокольорових пелюсток з картону. Кожна означає певний аспект здорового способу життя. Діти мають назвати всі аспекти. Разом з ними ми складаємо пелюстку до пелюстки і виходить Квіточка-семицвіточка, героїня нашої казки.

(Сім аспектів здорового способу життя: спорт, здорове харчування, гігієна, чистий одяг, чиста оселя, гарний настрій, відсутність згубних звичок).

Про що мають знати усі

В одному місті жив хлопчик Андрійко. Був він звичайним хлопчиком, який інколи не слухався батьків, прогулював уроки у школі та мало цікавився книжками. Він майже нічого не тямив у біології і взагалі не любив слухати про здоров'я, бо йому ці розмови здавались нецікавими і зовсім ненормальними. Андрійко вважав, що досить чистити зуби, мити руки перед їжею та тепло вдягатися зимою для того, щоб ніколи не знатися з хворобами.

Та ось одного разу, коли Андрійко сидів удома перед

телевізором і хаотично перемикав канали у пошуках чогось цікавого, він випадково натрапив на якусь передачу, де лікар розповідав про ВІЛ-інфекцію та хворобу СНІД. Андрійко вже хотів продовжити пошук мультиків, але телевізор ніби зламався і не хотів перемикати канал. Андрій обурено вимкнув його і забурмотів:

– СНІД... СНІД... Звичайна собі хвороба, а стільки про неї говорять!

– А що ти знаєш про СНІД? – Андрій почув чийсь голос і різко озирнувся, але в кімнаті нікого не було.

– Хто тут? Хто це говорить?

– Я – книга, що лежить у тебе за спиною. – Андрій глянув і побачив тоненьку книжечку, що лежала на столику біля дивана. – Я знаю те, що повинні знати всі...

Запанувало мовчання. Хлопець перелякано дивився на книгу і не міг зрозуміти, що відбувається. Книга, що вміє розмовляти – такого просто не може бути!

– СНІД – це хвороба, про особливості якої варто знати. Не кидай мене зараз. Якщо тобі захочеться дізнатись щось про ВІЛ чи СНІД, я охоче допоможу тобі.

– Стривай, це що – дві різні хвороби?

Андрій здивовано дивився на книгу і не міг зрозуміти, що відбувається.

– ВІЛ – вірус імунодефіциту людини. Цей вірус руйнує імунітет – систему, що захищає наш організм від різних шкідливих впливів, від мікробів та вірусів. А хвороба СНІД – синдром набутого імунодефіциту – настає лише тоді, коли клітин, які захищають організм, стає дуже-дуже мало. Але коли людина, що інфікувалась ВІЛ, захворіє на СНІД – через рік чи через 10 років – ніхто не знає. Це залежить від умов її проживання, харчування, від її способу життя.

– А які наслідки будуть, якщо людина захворіє на СНІД?

– Хвора на СНІД людина не має захисної системи організму, вона зруйнована. Отже, людина може померти від будь-яких хвороб, що для людей зі здоровою імунною системою не страшні.

– Коли людина починає хворіти на грип, вона кашляє, у

неї може з'явитися нежить і температура, а якщо людина отримує ВІЛ-інфекцію, то що тоді?

– Відчути, що ВІЛ-інфекція потрапила до організму, неможливо. Виявити це можна лише здавши відповідні аналізи крові, адже основне місце, де живе ця інфекція – це кров.

– Все, годі! – знервованим голосом вигукнув Андрій, – я розмовляю з книгою, це просто жахливо!

– Я лише хочу допомогти тобі дізнатись про те, як захистити себе від цієї інфекції, – спокійний лагідний голос пролунав з розкритої книжки, але в цю мить Андрій закритив її і кинув під стіл.

«Все! Маячня якась. Інфекція, кров. Досить з мене», – подумав він про себе і подався на вулицю до друзів.

Про пригоду з книжкою він вирішив нікому не говорити, бо засміють – книга, що розмовляє, – сміх та й годі.

Коли ввечері Андрій повертався додому, його вкусила якась комаха. Спочатку хлопець, як завжди, не надав цьому ніякого значення, але, вже лежачи у ліжку, він почав думати, що, можливо, ця сама комаха перед цим вкусила ВІЛ-інфіковану чи хвору на СНІД людину. Не встигнувши додумати, що може бути далі, Андрій заснув.

Першим бажанням хлопця, коли він прокинувся зранку, було ухопити книгу і запитати, чи могла потрапити в його кров ВІЛ-інфекція через укуси комах. Він побіг до тієї кімнати, де вчора дивився телевізор, і знайшов на підлозі книгу. Він боязко розгорнув її. На сторінках було щось написано, але від хвилювання всі літери розпливались у Андрія перед очима.

– ВІЛ не передається через укуси комах, – почувся тихий, але впевнений голос книги.

Андрій з переляку швидко закритив її.

«Вона читає мої думки», – промайнуло у голові хлопця.

Але на цей раз він не кинув книгу, а поклав її у портфель, зібрався і подався до школи.

На зупинці Андрій придбав квиток і почав чекати тролейбуса, але в нього знову з'явилась думка: «Чи може ВІЛ

передаватись через гроші?» Вже не вагаючись, він дістав з портфеля книгу і відкрив її. Книга тихо промовила:

– Ні, ВІЛ не передається через гроші, а також ти можеш спокійно триматись за поручень у транспорті – таким шляхом ВІЛ не передається також.

– А люди у транспорті? Так багато незнайомих людей! А якщо раптом хтось чхне в мій бік? – захвилювався він.

– Це даремне хвилювання, – відповіла книга, – так інфікуватись неможливо. Ти можеш абсолютно вільно спілкуватися з людьми, ВІЛ не передається повітряно-крапельним шляхом, через обійми, через рукостискання, через спільне користування посудом чи одягом.

У школі, після другого уроку, всіх учнів з Андрійкового класу відправили до медичного кабінету для отримання щеплень. Андрій, доки чекав своєї черги, почав розглядати плакати, що висіли на стінах. Усі вони були різнокольоровими і привертали до себе увагу. Враз Андрій побачив плакат, на якому було щось написано про ВІЛ, потім ще один і ще. Кожен плакат мав різні твердження, і хлопець з цікавістю почав читати їх:

– можна інфікуватись ВІЛ під час переливання неперевіреної крові;

– людина-носіє ВІЛ може інфікувати свого статевого партнера;

– ступінь ризику інфікування ВІЛ знижується при використанні презервативу під час статевого контакту.

Андрій вирішив запитати у книги, чи правдиві ці твердження. Він швидко дістав її, і вона тієї ж миті відповіла:

– Так, все це правда. Ти повинен пам'ятати – ВІЛ передається лише декількома шляхами: через кров, через незахищений статевий контакт, а також може передаватись від ВІЛ-інфікованої мами до дитини іноді – під час вагітності, а також під час пологів або грудного вигодовування.

– А зараз, коли зараз лікар робитиме щеплення, чи загрожує мені небезпека?

– ВІЛ можна інфікуватись лише у разі повторного використання голки і шприців для уколів. Якщо шприц

буде у стерильній упаковці – небезпеки немає.

Після уроків Андрій з друзями йшли додому і весело гомоніли про щось. Враз один друг Андрія, Сергій, почав розповідати про те, що якимось по телевізору бачив передачу про татування та пірсинг.

– Це так круто – мати на плечі татування орла, наприклад.

– Але це так боляче!!! Уяви, голка проколює твою шкіру аж до крові. – зауважив хтось із хлопців, і Андрію відразу стало цікаво, чи може це бути одним із шляхів передачі інфекції. Він подумки звернувся до книги, і вона, також подумки, відповіла йому, що ВІЛ можна одержати під час нанесення татування чи пірсингу тільки в тому разі, якщо голка, якою це робитимуть, буде нестерильною.

– Треба бути дуже обережним і пильнувати, щоб все було стерильним, – звернувся Андрій до друзів, – бо можна отримати ВІЛ-інфекцію.

Хлопці здивовано, але із зацікавленням, глянули на свого товариша:

– Про що це ти?

І Андрійко заходився розповідати хлопцям про те, що таке ВІЛ та СНІД, про те, як можна вберегти себе і своїх рідних від цієї хвороби. Хлопці уважно слухали його, дивуючись, звідки він так багато знає. В одну мить він перемістився у центр уваги, але йому було байдуже, адже він хотів лише розповісти друзям, як захистити себе.

Вже ввечері, лягаючи спати, Андрій взяв книгу до рук:

– Дякую тобі, я так багато дізнався корисного.

– Дякувати треба не мені, це тобі спасибі, що все ж таки відкрив мене і задав перше питання, за те, що розповів друзям – тепер і вони знатимуть, як себе захистити.

Вранці, на тому місці, де вчора залишив книжку, Андрій знайшов лише записку, написану невідомою рукою, де були написані прощальні слова: «Всього тобі найкращого, хлопчику! Бажаю успіху в майбутньому, і бережи себе, а я помандрую далі, щоб розповідати кожному, до кого потраплю, про те, що мають знати усі».

Запитання до оповідання

1. Що корисного отримав хлопець від знайомства з книгою?
2. Що таке ВІЛ-інфекція та СНІД?
3. Якими шляхами передається ВІЛ?
4. А як ВІЛ-інфекція не передається?



Особливості використання методу case-study

До методів соціальної роботи, які активно використовуються у профілактиці ВІЛ/СНІД та ризикованої поведінки, можна віднести і метод case-study («кейс-стаді» або метод кейсів).

Метод case-study почали застосовувати ще на початку ХХ століття в галузі права й медицини. Провідна роль у його поширенні належить Гарвардській Школі Бізнесу. У період з 1909 по 1919 рр. навчання відбувалося за схемою: учнів-практиків просили викласти конкретну ситуацію (проблему), а потім здійснити аналіз проблеми й надати відповідні рекомендації. Перший збірник кейсів (ситуацій) був виданий в 1921 р. (Dr. Copeland, Dean Donhman). Згодом метод case-study знайшов широке застосування в країнах Європи й США в галузі вивчення менеджменту й маркетингу.

Поняття кейса (ситуації) – одне з базових понять методу. Кейс (від англійського «case» – ситуація) – це реальні й докладно описані ситуації педагогічної практики разом із причетними до ситуації супутніми фактами, думками (від яких залежить її вирішення).

Найпоширеніше визначення ситуації говорить про неї як про сукупність елементів середовища, як про фрагмент середовища на певному етапі життєдіяльності індивіда. Таке розуміння ситуації дозволяє виділити такі її складові: діючі особи, здійснювана ними діяльність, тимчасові й просторові аспекти ситуації [4, 135].

Хороший, грамотно розроблений кейс – це інструмент,

за допомогою якого в навчальну аудиторію привноситься частина реального життя, реальна ситуація, що виникла в ході педагогічної діяльності, над якою треба самостійно попрацювати й подати обґрунтоване рішення.

Кейси зазвичай підготовлені у письмовій формі й складені згідно з досвідом реальних людей. Вони читаються, вивчаються й обговорюються.

Як уже говорилося вище, кейс – це описання складної ситуації, яку, для того щоб зрозуміти, потрібно спочатку розкласти на частини, проаналізувати кожную з них, а потім знову скласти разом, щоб одержати цілісне уявлення про ситуацію. Таким чином, з'являється ще одна важлива категорія методу case-study – «аналіз ситуації».

Можна виділити декілька завдань, які мають бути вирішені під час аналізу ситуації:

- здійснення проблемного структурування, що припускає виділення комплексу проблем ситуації, їхньої типології, характеристик, наслідків, шляхів дозволу;
- визначення характеристик, структури ситуації, її функцій, взаємодії з навколишнім і внутрішнім середовищем;
- встановлення причин, які призвели до виникнення даної ситуації й наслідків її розгортання;
- діагностика змісту діяльності в ситуації, її моделювання й оптимізація;
- побудова системи оцінок ситуації, її складових, умов, наслідків, дійових осіб;
- підготовка передбачень щодо ймовірного, потенційного й бажаного майбутнього;
- вироблення рекомендацій щодо поведінки дійових осіб у ситуації;
- розробка програм діяльності в даній ситуації.

Слід звернути увагу на спеціальну технологію роботи із ситуаціями в навчальному процесі – ті, кого навчають, аналізують кейс самостійно, намагаючись виділити в ньому проблему й усю необхідну інформацію для її рішення. Потім обговорюють свої висновки й міркування в малих гру-

пах (3-5 осіб), виробляють спільні рішення. Усі варіанти рішень виносяться на загальну дискусію. Тут зіштовхуються різні точки зору на проблему й різні варіанти її вирішення.

Таким чином, повертаючись до визначення методу case-study, можна сказати, що цей метод містить у собі водночас:

- спеціалізований навчальний матеріал, що включає кейс (текстовий опис подій, які мали місце в процесі педагогічної практики в словах та образах), інструкцію по роботі з даним кейсом, рекомендації з використання кейса;
- спеціальну технологію використання цього матеріалу в процесі навчання.

Можна виділити такі особливості методу case-study:

- неоднозначність розгортання ситуації й характер варіативності її вирішення вчить тому, що не буває єдино вірної відповіді, й допомагає виробити кілька можливих відповідей відразу;
- кейси й додатки до них дозволяють використати різноманітні джерела знань, а саме – знання, отримані на лекціях та під час інформаційних повідомлень, які використовуються учасниками при аналізі різноманітних ситуацій і пошуку рішень, висловлювання учасників і ведучого під час обговорення кейса, досвід, що привноситься учасниками в аудиторію;
- колективний характер пізнавальної діяльності, що припускає різноманітні форми роботи, а саме – обмін думками, обговорення, мозкову атаку, роботу в малих групах, дискусію. Колективність є найважливішою передумовою синергетичного ефекту, тобто множення зусиль учасників навчання й множення пізнавального результату;
- індивідуальна й колективна робота в умовах вільного висловлювання ідей дозволяє говорити про творчий процес пізнання, що у свою чергу забезпечує наявність не тільки логічної моделі пізнання, але й механізмів обра-

зного, інсайтного пізнання.

До ситуацій (кейсів) висувається ряд вимог. Кейс має містити реальну, обґрунтовану інформацію, достатню для того, щоб той, кого навчають, зміг уявити себе в описаній ситуації й ототожнити себе з людьми, що беруть у ній участь. За своєю природою кейс тим кращий, чим у більш реальну ситуацію потрапляє той, хто її вивчає. Ситуація має бути зрозумілою до найменших подробиць. Однак за своєю конструкцією вона не повинна являти собою добре сформульовану проблему. Навчання пошуку й формулювання проблеми є принциповим у застосуванні методу case-study.

Добре написаний кейс має являти собою ланцюг послідовних подій зі своєю тимчасовою структурою, які містять у собі провокаційні моменти, що сприяють появі в групі суперечок, обговорень, бажання думати, міркувати, розробляти варіанти рішень. Для цього велике значення буде мати й той факт, що ситуація повинна мати цікавий сюжет, насичений подіями, персонажами, почуттями, емоціями, динамікою, що робить її частиною реального життя. Бажаною є свідома драматизація ситуації. Однак при цьому кейс має містити дозовану інформацію, що дозволила б тому, кого навчають, швидко зануритись у проблему й мати всі необхідні дані для її вирішення. Кількість описуваних подій і фактів має бути досить обмеженою. З одного боку треба «заплутати» ситуацію, але з іншого – не повинно бути абсолютно зайвих даних. Матеріал містить констатацію подій, а аналіз і висновки має зробити читач. Залежно від мети, переслідуваної автором кейса, якась інформація може бути висунута на передній план, у той час як інша – навмисне замаскована або не використана зовсім.

Деякі фахівці, що досліджували метод case-study, вважають, що в основі кожного кейса має лежати реальна ситуація, з якою зіштовхнулася реальна людина. І що змішування реального й вигаданого в кейсі недопустиме [2, 111]. При цьому інші вважають, що [1, 14] кейс може бути складений на підставі узагальненого досвіду, тобто необов'яз-

ково відбивати реальну діяльність. Ми думаємо, що кейс у кожному разі має містити максимально реалістичну картину подій і кілька конкретних фактів. У цьому разі виклад реальних і вигаданих подій зітре розходження між ними.

Що стосується структури самого кейса, то стиль викладу має забезпечити оперативне знайомство з матеріалом. Обсяг класичного кейса-матеріалу становить 10-15 сторінок машинописного тексту. Однак їхні параметри варіюються.

Приміром, кейси, використовувані на перших заняттях, мають бути простими й короткими. Кейс-матеріал, написаний для заключних занять курсу, може бути ускладнений більшою кількістю інформації, частина якої для утруднення рішення зазначеної проблеми буде навмисно надлишкова. Або, навпаки, з кейса буде прибрана частина важливої інформації, що змусить учасників більш продуктивно мислити, спонукає задуматися над тим, аналіз яких наявних даних дозволить відтворити відсутня ланка інформаційного ланцюга. Структура матеріалу викладається як послідовність невеликих розділів розміром 0,3-1 стор. машинописного тексту із чітко орієнтованим заголовком. Додатковий матеріал для кейса наводиться в додатку.

У разі використання методу кейсів слід враховувати певні вимоги.

Будь-яке навчальне заняття з використанням методу case-study – це особлива технологія, якої необхідно дотримуватись.

Роботу з методу case-study можна розділити на певні етапи, що мають свої педагогічні цілі, завдання, а також рольові функції учасників.

Підготовчий етап. Під час цього етапу педагог відповідно до мети і завдань заняття вибирає потрібний кейс і підбирає літературу, необхідну для підготовки до заняття з використанням методу case-study.

Вступна частина заняття. Цей етап припускає короткий вступ педагога. Якщо учасники раніше не працювали за методом case-study, слід познайомити їх з даним методом

як з однією з форм активного навчання, коротко озвучити основні етапи їхньої подальшої роботи, а також позначити способи й критерії оцінки їхньої роботи на занятті за даним методом. Варто також звернути їхню увагу на принципи, що лежать в основі методу.

На даному етапі учасникам роздають кейси, з якими вони будуть працювати, подається інструкція по роботі з ними, озвучується чітке формулювання завдання.

Розбір кейса проходить в малій групі складом 3-6 осіб. Перед початком даного етапу педагогові обов'язково необхідно озвучити тимчасові рамки, завдання роботи, у якому виді має бути оформлений результат, звіт про роботу. На цьому етапі можливі обговорення й аналіз висновків, зроблених за матеріалами кейса самостійно.

Основні завдання даного етапу для учасників навчання:

- визначення основних проблем аналізованої ситуації, рівня виникнення проблем і прийняття рішень, мети й шляхів рішення головної проблеми, обмежень і вимог до рішення;
- підготовка до формулювання студентами своїх висновків і висновків перед групою.

Обов'язковими вимогами даного етапу виступають:

- участь кожного в обговоренні;
- можливість кожному висловити свою точку зору й одержати уявлення про думки інших;
- командний характер роботи, що вимагає вміння вислуховувати й ураховувати чужі думки.

У цілому робота на даному етапі відбувається в такий спосіб:

- обговорення отриманої вступної інформації, яку містить кейс;
- обмін думками із приводу плану роботи над проблемою;
- дискусія – робота над проблемою (тут активно можуть використовуватися інші активні методи, наприклад, мозковий штурм, мета-план);
- вироблення рішень проблеми;

- дискусія для прийняття остаточних рішень;
- підготовка доповіді.

Для подання результатів малим групам рекомендується підготувати на одній сторінці резюме з висновками у вигляді тексту, графіки, таблиці.

Роль педагога на даному етапі зводиться до спостереження й контролювання роботи малих груп для попередження їхнього виходу за рамки теми, завдань і часу.

Дискусія в загальній групі. Вона організовується на основі повідомлень підгруп. Представники кожної з підгруп виступають зі своїм аналізом кейса, причому слухачі виступають надалі в ролі опонентів до доповідача. Основне завдання даного етапу – виявити різні точки зору й тим самим забезпечити об'єктивний аналіз пропонованої ситуації. Цей етап має будуватися й проводитися за всіма законами класичної дискусії.

Впровадження у свою практику методу case-study ставить серйозну проблему конструювання даного методу. При цьому процес конструювання можна розкласти на дві складові: створення кейса й проведення заняття.

На сьогодні відчувається величезний дефіцит кейсів, які можуть бути використані у профілактичній діяльності з підлітковою та молодіжною аудиторією. Тому перед педагогом, що бажає використати метод case-study, постає питання самостійної розробки й написання кейсів.

Процес конструювання кейса можна описати в такій послідовності його складових:

1. Визначення того розділу курсу, якому буде присвячений кейс. У кожному конкретному випадку викладач – укладач кейса – має чітко уявляти, яка роль буде відведена кейсу в системі занять за курсом. Від цього буде залежати місце кейса в загальній програмі й форма ведення конкретних занять.

2. Формування навчальних цілей і завдань кейса – визначення того, які знання й навички повинен «охопити» кейс. Чи буде за своїм призначенням майбутній кейс ситу-

ацією-ілюстрацією, що виступає прикладом до лекційного матеріалу, який демонструє яке-небудь теоретичне положення, або він буде містити в собі проблемну ситуацію (в основі закладена якась проблема, для знаходження й аналізу якої учасникам треба використати весь спектр отриманих ними раніше теоретичних знань, власного досвіду).

3. Визначення проблематики ситуації. Дуже важливе місце в процесі конструювання кейса займають визначення проблеми, навколо якої буде розгортатися ситуація.

4. Побудова моделі ситуації. Говорячи про цю складову процесу конструювання кейса, потрібно зупинитися на тому, якими по своїй будові можуть бути кейси. Так, з позиції аналітичних труднощів можна виділити три групи кейсів: прості (у них чітко простежується проблема й варіанти її рішення, які учасникам треба виділити, обговорити й запропонувати їм альтернативу), складні (припускають наявність у кейсі проблеми, однак способи її рішення студенти мають знайти самостійно), надскладні (кейс містить тільки опис конкретної ситуації, і учасникам потрібно самостійно визначити й сформулювати проблему, розробити різні варіанти рішення проблеми, вибрати оптимальний варіант рішення).

5. Пошук інформації для ситуації. При цьому джерела інформації можуть бути найрізноманітніші. Серед основних джерел можна виділити такі, як: художня й публіцистична література (вона може підказати гарні ідеї й навіть визначити сюжетну канву кейса), «місцевий матеріал» (його джерелом є практичний досвід конкретного педагога, реальний випадок з життя).

6. Створення опису ситуації/написання тексту кейса.

7. Розробка методичної частини кейса. Вона роз'яснює місце даного кейса в курсі й формулює завдання по аналізу.

Після того як кейс розроблений, він обов'язково має пройти апробацію. Мова в цьому разі йде про проведення методичного навчального експерименту для з'ясування ефективності даного кейса з погляду поставлених перед


ним цілей і завдань, визначення його реальних можливостей, а також можливих результатів навчання.

Маючи готовий кейс і методичну допомогу по роботі з ним, щораз приходячи в нову аудиторію, педагогові доведеться заново не тільки планувати заняття, але й поновому конструювати сам процес проведення заняття з використанням методу case-study. Планування пов'язане з корегуванням плану занять відповідно до особливостей групи, рівнем її підготовки. Специфіка методу така, що не можна з точністю визначити, як будуть розвиватися події. Проводячи заняття за допомогою методу case-study, викладач щоразу буде зіштовхуватися із проблемами організаторського порядку – вирішення завдання, виконання запланованих дій, організації навчального процесу. Це пов'язано з необхідністю організації індивідуальної, групової, колективної діяльності учасників, об'єднання їх навколо аналізованої проблеми, забезпечення необхідної динаміки розвитку дискусії, рівної роботи пасивних й активних учасників.

Література

1. **Багиев Г. Л., Наумов В. Н.** Руководство к практическим ситуациям по маркетингу с использованием кейс-метода. М., 2000.

2. **Михайлова Е. А.** Кейс и кейс-метод: общие понятия// Маркетинг, 1999. № 1. С. 109-117.

 3. **Михайлова Е. А.** Кейс и кейс-метод: процесс написания кейса// Маркетинг, 1999. № 5. С. 113-120.

4. **Ситуационный** анализ, или Анатомия Кейс-метода /Под ред. Ю. П. Сурмина. К.: Центр инноваций и развития, 2002.



Приклади кейсів

№ 1 «Справжні стосунки»

Вісімнадцятирічні Олена та Сергій зустрічаються протягом 8 місяців. Сергій до знайомства з Оленою мав достатньо багатий попередній досвід статевого життя з частотою зміною партнерок. Олена також мала досвід статевого життя. Відносно одне одного у пари плани були серйозними – вони хотіли побратися. Та коли стало питання про статеві стосунки між ними, Олена наполягала на тому, щоб пройти аналіз на ВІЛ. Сергій категорично відмовився від цього, а натомість погрожував дівчині розривом їх стосунків. Олена бачила, що Сергій страждає. Побоюючись розриву, вона майже погодилась із думкою коханого про неважливість «для справжніх стосунків якогось там тесту на вигадану інфекцію».

Знайдіть рішення даної ситуації.

Чи існують ризики стосовно ВІЛ-інфікування? Для кого? Які саме?

Що можна порадити дівчині у даній ситуації? Чому?

Як слід вибудувати розмову з юнаком? Яку інформацію слід подати і в якій формі?

№ 2 «Бажання сподобатись»

У класі Артем був не дуже популярним. Через велику кількість часу, яку він приділяв навчанням задля вступу до університету, хлопець майже ні з ким із однокласників не спілкувався. Одного разу у старости класу Світлани була вечірка, на яку мали прийти усі однокласники без винятку. Артему вже давно подобалася ця дівчина, тож такої нагоди побути поруч з нею він пропустити не міг.

На вечірці було багато міцного алкоголю. Вже через деякий час уся компанія була сильно напідпитку. Тож коли до Світлани завітали на вечірку сторонні молодики, на них ніхто особливої уваги, окрім Артема, не звернув. Вони пройшли на кухню разом із Світланою. Артем, при-

ревнувавши, через 5 хв. зайшов за ними. Новоприбулі хлопці разом зі Світланою варили на плиті якесь вариво. На Артема ніхто не відреагував.

Коли ж приготовану рідину набрали у шприц і почали по черзі вводити собі його у вену, Артем, бажаючи сподобатись Світлані та бути схожим на її дорослих друзів, попросив зробити це і собі. Йому не відмовили...

Проаналізуйте дану ситуацію.

Через що хлопець уперше вжив наркотик?

Чи підвищує ризик інфікування ВІЛ алкогольне сп'яніння?

Якими можуть бути наслідки навіть єдиного разу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у спосіб, описаний в ситуації?

№ 3 «Як бути?»

Влітку позаминуло року 19-річна Вероніка познайомилась з Олегом – водієм-дальнобійником 30-и років. Він бував проїздом у її невеличкому містечку. Дружба дівчини згодом переросла у палке кохання. Факт перебування у статусі коханки Вероніку не турбував. Дівчина чекала зустрічей з коханим. Він зупинявся в місті на кілька днів. Саме тоді для Вероніки наступали найзаповітніші часи, бо коханці перетворювались на справжню сімейну пару, проживаючи у квартирі дівчини. Та через деякий час Вероніка дізналася про вагітність. Розгублена, але щаслива, вона чекала на приїзд Олега, адже майбутня дитина – це плід їх великої любові. Реакція Олега була позитивною. Він звелів народжувати дитину, тим більш, що його життя у шлюбі розпадалося і він розлучався із дружиною. Звелів та поїхав «владнати усі формальності».

Окрилена Вероніка чекала на Олега понад три місяці, однак від нього не було жодної звістки. Знайшовши його домашній телефон, вона зателефонувала Олегові. Він вибачився, пояснив, що з дружиною помирився, більше зраджувати її не хоче, просить вибачення...

Вероніка отямилася у лікарні. Після стресу у неї загострився стан здоров'я. Однак вона не полишала надію на те, що коханий повернеться – не зможе жити без неї та їхньої дитини.

Вона налаштувалася на позитив. Пройшовши серію аналізів, Вероніка дізналась, що один із тестів був позитивним. І це був тест на ВІЛ.

Життя втратило сенс. Плани дівчини пішли шкереберть. Окрім Олега, у її житті не було інших чоловіків... Вона хвора, він хворий, мабуть, і його дружина теж, а тут ще під серцем б'ється нове життя, приречене на ВІЛ. Рішення про аборт прийшло саме по собі... Адже виходу немає... Батьки не підтримали такого рішення доньки. Як бути? Робити аборт чи ні? Як про ВІЛ сказати Олегові? І чи говорити взагалі?

Проаналізуйте дану ситуацію.

Коли могло статися інфікування ВІЛ?

Які шляхи передачі ВІЛ вам відомі?

Чи може ВІЛ-інфікована матір народити здорову дитину?

Чи потрібно дівчині розповісти Олегові про позитивний тест на ВІЛ?

Кому має розповісти Вероніка про свій ВІЛ-позитивний статус?

№ 4 «Ризикована краса»

Хлопці домовилися зробити татування на грудях, на якому вирішили зафіксувати власну групу крові та резус-фактор. Вони звернулися до друга свого однокласника, який приходив на шкільне подвір'я та «виконував замовлення» бажаючих прикрасити своє тіло.

Проаналізуйте дану ситуацію.

Чи є небезпека такого татування? Якщо так, то яка саме?

Які шляхи передачі ВІЛ вам відомі?

Де слід робити татуювання в разі потреби? Які норми мають бути дотримані для того, щоб не сталося інфікування на ВІЛ під час татуювання?

№ 5 «Дискусія»

Між однолітками у класі виникла дискусія: «Конопля – це наркотик чи ні? І чи призводить куріння коноплі до глибокої наркотичної залежності?» Думки у класі розділилися. Одна група вважала, що вживання коноплі цілком безпечно для організму людини, порівнювала її зі звичайним тютюном. Друга група доводила, що конопля – це все ж таки наркотик, але він настільки легкий, що цілком безпечний для людини. Третя група переконувала інших у тому, що конопля викликає глибоку наркотичну залежність. Четверта ж група стверджувала, що вживання коноплі – це стартова доріжка до залежності, адже є багато фактів, які свідчать про те, що людина, спробувавши цей «легкий наркотик» часто бажає згодом спробувати щось міцніше...

Проаналізуйте дану ситуацію.

Яка з груп найбільш близька до істини? Поясніть свою позицію.

До якої групи наркотиків належить конопля? Як її ще називають? Яка її дія? Який ризик?



Ігрове навчання

Настільні ігри у формуванні здорового способу життя

Ігрове навчання відрізняється від інших педагогічних технологій тим, що гра – добре відома, звична й улюблена форма розважальної діяльності для людини будь-якого віку.

– одні з найбільш ефективних коштів активізації, що утягує учасників в ігрову діяльність за рахунок зміс-

тової природи самої ігрової ситуації і здатне викликати в них висока емоційна й фізична напруга. У грі значно легше переборюються труднощі, перешкоди, психологічні бар'єри;

– мотиваційна за своєю природою. Стосовно пізнавальної діяльності, вона вимагає й викликає в учасників ініціативу, наполегливість, творчий підхід, уяву, спрямованість;

– дозволяє вирішувати питання передачі знань, навичок, умінь; домагатися глибинного особистісного усвідомлення учасниками законів природи й суспільства; дозволяє робити на них виховний вплив; дозволяє захоплювати, переконувати, а в деяких випадках і лікувати;

– багатофункціональна, її вплив на людину неможливо обмежити яким-небудь одним аспектом, але всі її можливі впливи актуалізуються одночасно;

– переважно колективна, групова форма діяльності, в основі якої лежить змагальний аспект. Як суперник, однак, може виступати не тільки людина, але й обставини, і вона сама (подолання себе, свого результату);

– нівелює значення кінцевого результату. У грі учасника влаштовує будь-який приз: матеріальний, моральний (заохочення, грамота, широке оголошення результату), психологічний (самоствердження, підтвердження самооцінки) та ін. Причому у разі групової діяльності результат сприймається ним через призму загального успіху, ототожнюючи успіх групи, команди як власний;

– у навчанні відрізняється наявністю чітко поставленої мети й відповідного їй педагогічного результату (В. Кругликов, 1998).

Настільна рольова гра

Настільна рольова гра – вид мінімального використання антуражу й активного використання гральних кісток).

Гральна кістка – популярне джерело випадковості. Гральна кістка звичайно виконана у вигляді шестигранного кубу з нанесеними на його сторони числами від 1 до 6, причому сума чисел на протилежних гранях має дорівнювати семи.

Відмітні ознаки:

- найчастіше це гра для кількох людей;
- гра ведеться звичайно за сприятливих умов, за столом (що не виключає спортивні заходи);
- звичайно це різного рівня інтелектуальні ігри, хоча зустрічаються винятки, засновані на швидкості реакції гравців;
- єдиним вікном між гравцями й світом, у якому перебувають їхні персонажі, є ведучий, що описує гравцям ситуацію, в якій опинилися їхні персонажі, і зміни ситуації в результаті їхніх дій. У цьому є як плюси, так і мінуси;
- позитивною стороною є той факт, що в настільній грі можливо практично все. Персонажі можуть використати всі можливості, які надає їм ігровий світ, у своїх діях вони обмежені тільки моральними підвалинами своїх персонажів і внутрішніми законами світобудови, у якій вони перебувають;
- у той же час немаловажним мінусом настільних ігор є те, що команді гравців (або «партії», як її іноді називають) мимоволі доводиться триматися більшу частину часу разом, інакше дія (і так дуже уповільнена) ризикує сильно затягтися.

Групи настільних ігор

Техніка гри:

- Рольова гра може йти як словесно, так і з використанням правил гри. Під час словесної гри найчастіше ведучий сам вирішує, чи може гравець зробити заявлену дію, чи ні. Коли гра ведеться за якоюсь ігровою системою, то звичайно більша частина можливостей описана або охарактеризована правилами даної системи. У такій грі здійснення або нездійснення дії визначається

ведучим відповідно до правила, формули або таблиці, передбачених системою.

– Велике значення мають у рольових іграх генератори випадкових чисел. Вони визначають усі випадкові події, а також допомагають вносити деяку варіацію у разі використання навичок персонажа. Завдяки цьому гравець, персонаж якого має слаборозвинену характеристику, внаслідок вдалого кидка може вчинити дію, яку не вдалося виконати іншому гравцеві, персонаж якого має більш розвинену відповідну характеристику, при поганому кидку.

– Найчастіше як генератори випадкових чисел використовуються комбінації гральних кісток, але в деяких системах – колоди гральних карт або спеціальні фішки.

– Часто в грі використовується аркуш персонаж – аркуш, на якому гравець записує характеристики, спорядження й інформацію свого персонажа. Рідше використовується екран майстра, на якому записані основні правила, послідовність сцен та інша допоміжна інформація. Шаблони аркушів персонажа та екрана майстра звичайно додаються до фірмової системи, але часто переробляються гравцями й майстрами на свій смак.

Карткова гра – гральні карти

Карткова гра – гра, що характеризується випадковим початковим станом, для визначення якого використовується набір (*колода*) карт.

Одна карта визначається як елемент, що має деяке значення й два стани: відкрите, коли значення карти відоме, і закрите, коли значення карти визначити неможливо. У ході гри карта може перебувати у відкритому стані відповідно в одного з гравців і в закритому – відповідно в іншого.

Існує також безліч наборів карт, створених під конкретні ігри.

Процес визначення початкового стану кожного туру гри називається *роздачею карт*, коли карти розкладаються за

певними правилами гри, тобто однакова кількість карт кожному гравцеві.

Приклад: роздати кожному із гравців по 6 карт *на руки* (тобто щоб карти кожного гравця були відкриті тільки йому), покласти одну карту – відкриту для всіх – на стіл, решту карт скласти стопкою, закритою від всіх.

Важливим принципом практично всіх карткових ігор є випадковість порядку карт у колоді. Перед використанням тієї ж колоди в наступній грі карти ретельно перемішуються (*перетасовуються*).



Поняття та історія форум-театру

Форум-театр – метод інтерактивної роботи з різними прошарками суспільства, спрямований на вирішення соціальних проблем.

Сутність форум-театру полягає у пошуку в рамках запропонованої вистави – разом із глядачами – шляхів вирішення проблеми чи виходу зі складної життєвої ситуації.

Форум-театр – не лікувальна методика. Це робота, спрямована на зміну негативної ситуації, в якій опинилась людина (протагоніст – той, кого пригнічують), на таку, з якої можна знайти вихід: фактично форум-театр дає можливість перепрограмувати свідомість (підсвідомість) особистості.

Історія форум-театру

Засновником форум-театру є бразилець Августо Боаль. Він створив перший вуличний «Театр пригнічених».

В'язень, який пройшов крізь тортури, добре розумів дві речі: пригнічені потерпають від соціального, економічного, психологічного насильства і допомогти їм, у першу чергу, можна через зміну їхньої власної поведінки і їхнього власного ставлення до проблеми.

Форум-театр – методика, ще не поширена в Україні, хоча вона давно і ефективно використовується майже у половині країн світу як засіб зробити суспільство щасливішим, як спосіб відкриття самого себе та інших, як виз-

начення та вираження наших бажань; як знаряддя зміни обставин, що спричиняють нещастя та біль, та як знаряддя посилення того, що приносить світ.

«Театр – це форма знань: він повинен і може бути засобом трансформування суспільства. Театр може допомогти нам збудувати наше майбутнє замість того, аби просто чекати на це майбутнє», – наголошував Августо Боаль.

Мета та завдання форум-театру

Головною темою вистав форум-театру є ситуація пригнічення та насильства, тому й сам театр так і називався – «Театр пригнічених».

Головною метою форум-театру є надання інформації та набуття навичок вирішення існуючої проблеми певною людиною з використанням досвіду інших людей, з підключенням можливостей власного інтелекту та попередження виникнення негативних явищ у суспільстві взагалі.

Темами вистав форум-театру можуть бути найрізноманітніші проблеми суспільства: стосунки між членами родини, співробітниками, представниками різних націй, культур, релігій, проблеми ВІЛ-інфікованих, інвалідів, здорового засобу життя, наркоманії, алкоголізму тощо.

Таким чином, сценічна вистава пропонує для розгляду соціальну проблему, а кожний персонаж гри виконує певну соціальну роль.

Головний герой – жертва ситуації, інші персонажі – його оточення: сім'я, школа, члени суспільства. Кількість персонажів зумовлена сценарієм, конкретною ситуацією.

Під час участі в форум-театрі глядачі мають можливість не тільки познайомитися з негативним явищем, як у інтерактивному театрі, або отримати інформацію, як під час тренінгу, а й РОЗРОБИТИ АЛГОРИТМ, СТВОРИТИ МОДЕЛЬ успішної поведінки в складній, на перший погляд безвихідній, ситуації.

Виконавці головних ролей і основні персонажі під час взаємодії з глядачами мають дотримуватися характеру своїх персонажів, але також мають враховувати і адек-

ватно реагувати на вплив глядача.

Однією з особливостей форум-театру є відсутність рекомендацій глядачам, як слід себе поводити, адже кожна людина робить свій вибір сама.

У ході постановки кожна людина може зупинити хід вистави, щоб власним прикладом показати, як, на її погляд, можна змінити ситуацію на краще.

Підготовка форум-театру та техніки, що використовується

Перш ніж створювати виставу соціального спрямування, потрібно відповісти на деякі питання:

- чому обрано саме цю виставу;
- чи збігається суть вистави з потребами та чи відповідає характеристикам цільової групи;
- чи відповідає приміщення, де відбуватиметься дійство, потребам вистави;
- яка техніка потрібна для показу вистави;
- що необхідно підготувати до вистави;
- яка допомога знадобиться.

Підготовка форум-театру складається з кількох етапів:

- 1 етап: вибір проблеми;
- 2 етап: написання сценарію;
- 3 етап: репетиція мізансцен;
- 4 етап: аналіз та коректування вистави.

Сценарій готується групою форум-театру, програється її акторами. Часто в основу сценарію лягає випадок, який насправді трапився з кимось із присутніх.

Необхідним є попередній перегляд сценарію з розстановкою акцентів на найбільш важливих моментах, з визначенням «контрольних точок» для джокера (ведучого).

Попередній перегляд дає можливість режисеру-постановнику відкоректувати ролі і стиль гри, мову та емоційну експресію акторів, міміку, жести як більш досконалі інструменти передачі необхідної інформації.

Техніка форум-театру креативна, але ми маємо дотримуватися принципів форум-театру Августо Боалья.

Принципи форум-театру Августо Боалья:

- Ясність у викладенні сюжету.
- Чітко визначений протагоніст.
- У ЦЕ треба вірити.
- ЦЕ повинно мати можливість змінюватися.
- Гарячі точки «СТОП».
- Форум-театр – це театр пригночених, а не депресивних.

Зазвичай у форум-театрі виділяють такі фази:

1. Розігрів (на цьому етапі може відбуватися знайомство з групою, прийняття групового контракту, актуалізація теми вистави тощо).

2. Перегляд вистави. Вистава повинна тривати 15-20 хвилин і складатися з 3-6 чітко структурованих мізансцен.

3. Форум. Це обговорення, у ході якого кожний із глядачів може запропонувати своє вирішення проблеми, замінюючи на сцені певного актора, який виконує дану роль (замінювати можна лише пригноченого – протагоніста).

4. Передача інформації.

5. Зворотний зв'язок (обговорення з акторами, аудиторією та залученими фахівцями). Дуже важливою і цінною є участь у форумі фахівців – медиків, правознавців, психологів, які в ході форуму пояснюють процеси, що відбуваються, та корегують можливі шляхи вирішення проблеми з точки зору медицини, законодавства та ін. Доречно назвати адреси центрів, закладів, де можна отримати ту чи іншу допомогу.

6. Підсумки. Ведучий – джокер – підводить підсумки та дякує всім учасникам.

Для досягнення мети форум-театр застосовує техніки та прийоми, що використовуються в іншому контексті (під час тренінгу; в інтерактивному театрі тощо):

- робота в колі;
- контракт-правила;
- обговорення;
- рольові ігри;
- індивідуальна робота;

- робота в малих групах;
- застосування вправ, ігор, спрямованих на покращання атмосфери в групі, отримання досвіду та просування вперед;
- активне слухання;
- виразне мовлення;
- сценічний рух;
- акторська майстерність.

📖 Література

1. **Активні** методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІД та ризикованої поведінки: посібник для спеціалістів приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній/За заг. ред. Р. Г. Вайноли, Т. Л. Лях; Авт.-упор.: О. В. Безпалько, Н. В. Зимівець, І. В. Захарченко та ін. – К.: ТОВ Перфект Стайл, 2007. – 190 с.
2. **Инновационные** методы в гражданском образовании/ Величко В. В., Карпиевич Д. В., Карпиевич Е. Ф., Кирилук Л. Г. – 2-е изд. доп. – Мн.: Медисонт, 2001. – 168 с.
3. **Профессиональная** кухня тренера (из опыта неформального образования в третьем секторе)/Отв. ред.: Е. Карпиевич, В. Величко. – СПб.: Невский простор, 2003. – 256 с.
4. **Философский** энциклопедический словарь. – М., 1989. – 218 с.



Тематичний план програми з профілактики ВІЛ/СНІДу та ризикової поведінки серед неповнолітніх

(Затверджено Міністерством України у справах сім'ї, дітей та молоді наказом № 692 від 05.11.2004 р.)

I. Модуль «Здоров'я як цінність»
<i>Мета: формувати у вихованців притулку ставлення до здоров'я як однієї з найважливіших цінностей в житті людини</i>
<i>Основні поняття: цінність, здоров'я, система, здоровий спосіб життя</i>
1. Значення загальнолюдських цінностей у житті людини <ul style="list-style-type: none"> – Характеристика загальнолюдських цінностей – Цінності в твоєму житті – Значення життєвих цінностей для людини

<p>2. Здоров'я як загальнолюдська цінність</p> <ul style="list-style-type: none"> - Здоров'я як одна з провідних загальнолюдських цінностей - Що значить бути здоровим? - Зміст поняття «здоров'я»
<p>3. Основи здорового способу життя</p> <ul style="list-style-type: none"> - Здоровий спосіб життя як запорака здоров'я - Складові здорового способу життя - Як підліток може вести здоровий спосіб життя
<p>II. Модуль «Гігієна як основа здоров'я людини»</p>
<p><i>Мета: ознайомити вихованців з основами гігієни як важливої умови здоров'я людини; формувати навички особистої гігієни та вміння застосовувати їх у повсякденному житті</i></p>
<p><i>Основні поняття: гігієна, самовиховання, самоповага, фізіологія, повноцінне харчування</i></p>
<p>1. Гігієна як основа здорового способу життя людини</p> <ul style="list-style-type: none"> - Визначення поняття «гігієна» - Гігієна – основа здоров'я людини - Необхідність дотримання правил гігієни
<p>2. Гігієна тіла людини</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анатомо-фізіологічні особливості будови тіла людини - Анатомо-фізіологічні особливості статі - Особливості догляду за різними частинами тіла
<p>3. Гігієна харчування</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основи гігієни харчування - Культура харчування - Раціональне харчування як важлива складова здоров'я
<p>4. Гігієна побуту</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гігієна одягу людини - Гігієна житлового приміщення
<p>III. Модуль «Особливості наркозалежної поведінки неповнолітніх»</p>

<p><i>Мета: надати неповнолітнім інформацію про небезпеку вживання наркогенних речовин; сприяти розумінню необхідності відмови від ризикової поведінки</i></p>
<p><i>Основні поняття: ризик, ризикова поведінка, залежність, види залежності, наркогенні речовини</i></p>
<p>1. Узалежнена поведінка</p> <ul style="list-style-type: none"> - Залежність, її види та прояви - Механізми формування психічної та фізичної залежностей
<p>2. Тютюнопаління як різновид наркозалежної поведінки</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вплив тютюну на організм людини - Наслідки тютюнопаління для організму людини - Шляхи позбавлення від паління
<p>3. Алкоголь та алкогольна залежність</p> <ul style="list-style-type: none"> - Алкоголь та його вплив на організм людини - Алкогольна залежність та її наслідки - Можливості позбавлення від алкогольної залежності
<p>4. Токсикоманія як різновид узалежненої поведінки</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вплив токсичних речовин на організм людини - Наслідки токсикоманії для здоров'я підлітка - Способи позбавлення від токсикоманії
<p>5. Характеристика наркотичної залежності неповнолітніх</p> <ul style="list-style-type: none"> - Наркотики та їх вплив на організм людини - Шляхи позбавлення від наркотичної залежності
<p>IV. Модуль «Статеве та репродуктивне здоров'я підлітків»</p>
<p><i>Мета: надати інформацію про особливості статевого та репродуктивного здоров'я</i></p>
<p><i>Основні поняття: стать, статеве дозрівання, статеве здоров'я, репродуктивне здоров'я, любов, дружба, статеві стосунки, аборт, ІПСШ</i></p>

<p>1. Особливості статі</p> <ul style="list-style-type: none"> - Поняття статі - Особливості статевого дозрівання дівчаток - Особливості статевого дозрівання хлопчиків
<p>2. Дружба та кохання в житті людини</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дружба – основа взаємин між людьми - Закоханість та кохання - Сексуальність і ставлення до неї - Статеві відносини та статева зрілість - Сексуальні домагання та сексуальне насильство
<p>3. Репродуктивне здоров'я людини</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основи репродуктивного здоров'я - Аборт та його наслідки для організму дівчини
<p>4. Інфекції, які передаються статевим шляхом</p> <ul style="list-style-type: none"> - Характеристика різних видів ІПСШ - Способи захисту від ІПСШ - Важливість відповідальної поведінки людини у збереженні статевого та репродуктивного здоров'я
<p>V. Модуль «Основи профілактики ВІЛ/СНІДу»</p>
<p><i>Мета: надати інформацію про ВІЛ та СНІД; сприяти формуванню у підлітків толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих</i></p>
<p><i>Основні поняття: ВІЛ, СНІД, імунітет, Т-лімфоцити, «період вікна», толерантність</i></p>
<p>1. Характеристика ВІЛ/СНІДу</p> <ul style="list-style-type: none"> - Історія появи ВІЛ - Відмінність між ВІЛ та СНІДом - Особливості руйнівного впливу ВІЛ на імунну систему людини - Стадії розвитку СНІДу
<p>2. Шляхи передачі ВІЛ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Статевий шлях інфікування ВІЛ - Інфікування через кров (переливання крові, вживання ін'єкційних наркотиків) - Передача ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини - Як ВІЛ не передається

<p>3. Засоби запобігання ВІЛ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Знання про шляхи передачі ВІЛ та відповідальна поведінка – основа захисту від ВІЛ-інфекції - Діагностика ВІЛ
<p>4. Ставлення до ВІЛ-інфікованих людей</p> <ul style="list-style-type: none"> - Поняття толерантності - Толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих

Література

1. **Активні** методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІД та ризикованої поведінки: посібник для спеціалістів приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній/За заг. ред. Р. Г. Вайноли, Т. Л. Лях; Авт.-упор.: О. В. Безпалько, Н. В. Зимівець, І. В. Захарченко та ін. – К.: ТОВ Перфект Стайл, 2007. – 190 с.
2. **Иновационные** методы в гражданском образовании/ Величко В. В., Карпиевич Д. В., Карпиевич Е. Ф., Кириллюк Л.Г. – 2-е изд. доп. – Мн.: Медисонт, 2001. – 168 с.
3. **Профессиональная** кухня тренера (из опыта неформального образования в третьем секторе)/Отв. ред.: Е. Карпиевич, В. Величко. – СПб.: Невский простор, 2003. – 256 с.

2.6. Освітні програми з питань репродуктивного здоров'я підлітків та молоді

Мета: підвищити рівень поінформованості фахівців, причетних до проведення просвітницької роботи з питань репродуктивного здоров'я підлітків та молоді, акцентувати увагу на потенціалі громади у вирішенні цієї проблеми.

Завдання:

- визначити основні поняття: «здоров'я», «здоровий спосіб життя», «репродуктивне здоров'я», «громада»;
- розглянути фактори впливу на стан репродуктивного здоров'я та механізми формування мотивації дітей та молоді до його збереження;
- розкрити потенціал громади у збереженні та зміцненні репродуктивного здоров'я дітей та молоді;
- сприяти формуванню практичних навичок у розробці програм проведення просвітницьких тренінгів з питань репродуктивного здоров'я.

Ключові поняття: «здоров'я»; «репродуктивне здоров'я».

Необхідне забезпечення: блокноти для фліпчарту – 2 шт.; папір формату А-3 – 20 шт.; маркери – 5 наборів; скоч; стікери (5 кольорів) – 1 блок; роздаткові матеріали по кількості учасників відповідно до змісту семінару.

Тривалість: 2,5 дні (2 дні по 8 годин, 1 день – 7 годин).

План проведення

Перший день

1. Відкриття семінару: презентація учасників, організаторів, тренерів, мети, завдань семінару.
2. Обговорення умов ефективної роботи на семінарі.
3. Визначення очікувань від семінару.
4. Визначення понять «репродуктивне здоров'я», «сексуальне здоров'я».
5. Фактори, що впливають на стан репродуктивного здоров'я підлітків та молоді.
6. Стратегії статевого виховання.
7. Підведення підсумків роботи у перший день.

Другий день

1. Рефлексія знань, отриманих у перший день.
2. Етапи психосексуального розвитку.
3. Врахування етапів психосексуального розвитку в просвітницькій діяльності щодо зміцнення та збереження репродуктивного здоров'я. Ознайомлення із поняттями «соціальна політика заради здоров'я» (інформаційне повідомлення), «політика заради здоров'я» (короткий зміст).
4. Формування у підлітків і молоді відповідального ставлення до репродуктивного здоров'я.
5. Потенціал громади у збереженні та зміцненні репродуктивного здоров'я дітей та молоді.
6. Підведення підсумків роботи другого дня.

Третій день

1. Рефлексія знань, отриманих у другий день.
2. Сучасні підходи до проведення просвітницької роботи.
3. Практична робота щодо розробки освітніх програм з питань репродуктивного здоров'я дітей та молоді.
4. Підведення підсумків роботи семінару.

◆ Інформаційні матеріали Репродуктивне здоров'я і право

Бажання і прагнення бути і відчувати себе здоровим властиві людській натурі, і будь-яка людина має природну потребу в їх матеріалізації. Для цього їй має бути надане і забезпечене право на здоров'я як одне з основних прав людини.

Права людини – це забезпечені державою можливості задоволення людиною своїх життєвих потреб та інтересів.

Права людини¹:

- гарантовані міжнародними стандартами;
- законодавчо захищені;
- спрямовані на захист гідності;

¹Адміністративний Комітет з питань координації (АКК); Система ООН і права людини: керівні принципи і довідкова інформація для системи координаторів-резидентів, затверджені від імені АКК Консультативним Комітетом з програм і операційних питань на 16-й Сесії в Женеві у березні 2000 р.

- захищають окремих осіб і групи людей;
- зобов'язують держави і державні установи;
- не підлягають відмові або позбавленню;
- є взаємозалежними і взаємопов'язаними;
- є загальними¹ для всіх і кожного.

Уперше про здоров'я як один з об'єктів невідчужуваних соціо-економічних прав людини було офіційно заявлено на Міжнародній конференції по створенню ООН у Сан-Франциско в 1945 р. Саме тоді, у ст. 55 Статуту ООН, здоров'я згадане в числі міжнародних економічних, соціальних і суміжних проблем, які пізніше отримали назву прав і свобод людини і громадянина, вирішенню яких зобов'язалася сприяти ця Всесвітня організація.

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, створеної 1946 р., став першим міжнародним документом, в якому сформульоване визначення права на здоров'я як «права на найвищий досяжний стандарт фізичного, розумового і соціального благополуччя». Надалі положення про право на здоров'я знайшло відображення в численних міжнародних і національних правових документах.

Право на найвищий стандарт здоров'я в міжнародному законодавстві щодо прав людини вимагає низки суспільних заходів, норм, інститутів, законів, сприятливого середовища, які найкращим чином забезпечать здійснення цього права. Інтерпретація права, яка заслуговує на найбільшу довіру, подана в ст. 12 Міжнародного Договору про економічні, соціальні та культурні права (МДЕСКП), ратифікованого 145 країнами.

У травні 2000 р. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, який відстежує виконання Договору, прийняв Генеральний коментар до права на здоров'я².

Комітет розглядає право на здоров'я як неподільне право, що поширюється не тільки на своєчасне і відповідне медичне обслуговування, а й на основні чинники здоров'я: доступ до безпечної та придатної для пиття води; відпо-

¹Це означає, що вони мають бути застосовані до всіх і всюди.

²Загальний Коментар 14.

відні водопровід і каналізація; достатня кількість безпечного продовольства; харчування і житло; безпечні умови праці та здорове навколишнє середовище; доступ до інформації, що стосується здоров'я, включаючи статеве і репродуктивне.

«Право на здоров'я не означає право бути здоровим, як і те, що бідні уряди мають створювати дорогі системи охорони здоров'я, на фінансування яких у них немає ресурсів. Однак від урядів і державних органів влади очікується розробка політики і планів дій, внаслідок яких буде забезпечена наявність доступних медичних послуг для всіх у найкоротший термін. Забезпечення вищезгаданого є складним завданням як для фахівців із прав людини, так і для професійних медичних працівників».

Мері Робінзон,
Верховний комісар ООН з прав людини.

Досі існують розбіжності з приводу того, чи треба нарівні з терміном «право на здоров'я», або навіть замість нього, вживати які-небудь інші терміни, наприклад: «право на охорону здоров'я», як це іноді робиться в міжнародній практиці й договорах, а також в літературі з питань гуманітарного права і права з охорони здоров'я. У цьому разі слід мати на увазі, що проблеми охорони здоров'я впливають з права на здоров'я і стосуються медичної, організаційної, фінансової та багатьох інших сторін його забезпечення.

Як права людини сприяють роботі по зміцненню системи охорони здоров'я?

Права людини – це стандарт, згідно з яким оцінюються існуюча політика і програми в сфері охорони здоров'я.



Розуміння і особливості репродуктивного здоров'я

Репродуктивне здоров'я незаперечно є однією з найважливіших складових загального здоров'я людини з витікаючим з цього факту поширенням на нього основополож-

них норм і принципів, які стосуються загального здоров'я.

Репродуктивне здоров'я є найважливішою частиною загального здоров'я і займає центральне місце в розвитку людини.

Репродуктивне здоров'я торкається особистих і вкрай цінних аспектів життя. Будучи відображенням якості здоров'я у дитячому й підлітковому віці, підтримуючи відтворення, воно також створює основу для забезпечення здоров'я після репродуктивних років життя як жінок, так і чоловіків; визначає наслідки, які передаються від покоління до покоління.

На IV Міжнародній конференції з питань народонаселення і розвитку, проведеної ООН в Каїрі 1994 р. представниками 180 держав, в тому числі й України, була вироблена і підписана Програма дій, наріжним каменем якої є захист репродуктивного здоров'я.

У ній дається таке визначення репродуктивного здоров'я: стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб і недуг, у всіх питаннях, що стосуються репродуктивної системи та її функцій і процесів.

Репродуктивне здоров'я означає, що у людей є можливість мати безпечне статеве життя, яке дає задоволення, і що у них є можливість відтворювати себе, що вони вільні приймати рішення про те, чи робити це, коли робити і як часто.

Остання умова має на увазі право чоловіків і жінок бути інформованими і мати доступ до безпечних, ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї на власний вибір, а також інших методів регулювання дітонародження, які не суперечать закону, право мати доступ до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я, які дозволили б жінкам благополучно пройти через етап вагітності й пологів і дали б подружнім парам найкращий шанс мати здорову дитину.

У цьому визначенні необхідно виділити три найважливіших принципових моменти.

По-перше, це положення про те, що неодмінною умовою підтримки і зміцнення репродуктивного здоров'я визнається не тільки фізичне і розумове, але і соціальне благополуччя людей: іншими словами, їм мають бути створені нормальні стабільні умови життєдіяльності. Саме в цьому контексті держава зобов'язана поважати і гарантувати основні репродуктивні права громадян: право на безпечне статеве життя, право на самовідтворення і право самостійно, без усякого примусу вирішувати пов'язані з цим питання.

По-друге, планування сім'ї розглядається як невід'ємна частина репродуктивного здоров'я, що збагачує його істотними характеристиками, про які буде сказано нижче.

По-третє, у визначенні проглядається гендерний підхід до планування сім'ї не тільки як традиційно жіночого питання, але і як проблеми відповідальності також і чоловіків, їх важливого місця в репродуктивному процесі.

Пункт 7.8 програми МКНР свідчить: «Для того, щоб підлітки і дорослі чоловіки мали доступ до інформації, консультацій і послуг в сфері охорони репродуктивного здоров'я, мають бути розроблені новаторські програми. Такі програми мають освічувати чоловіків і давати їм можливість брати на себе відповідну частку обов'язків щодо планування сім'ї, по домашньому господарюванню і вихованню дітей, брати на себе основну відповідальність за попередження інфекцій, які передаються статевим шляхом. Чоловіків необхідно охоплювати цими програмами на робочих місцях, вдома і там, де вони збираються для проведення дозвілля. Підлітки – за підтримки і під керівництвом своїх батьків і відповідно до Конвенції про права дитини – повинні охоплюватися через школи і молодіжні організації, а також там, де вони проводять час. Потрібно популяризувати використовувані чоловіками добровільні й належні методи контрацепції і попередження інфекцій, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ/СНІД, що повинні бути доступними завдяки відповідній інформації та консультативним послугам».

Останнім часом все частіше стосовно дітей і підлітків використовують термін «репродуктивний потенціал».

Під репродуктивним потенціалом мають на увазі рівень фізичного і психічного стану, який при досягненні соціальної зрілості визначить якість здоров'я народженого покоління.

При оцінці репродуктивного потенціалу доцільно враховувати:

- поширення загальносоматичних захворювань, які впливають на репродуктивну функцію;
- рівень фізичного і статевого розвитку;
- поширення захворювань репродуктивної системи;
- стан статевого виховання, сексуальної освіти і поведінки;
- психологічну готовність до материнства і батьківства.



Концепція охорони репродуктивного здоров'я

Відповідно до Програми Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку охорона репродуктивного здоров'я – це поєднання методів і послуг, спрямованих на збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я, що дозволяють людям вільно і відповідально приймати рішення про те, коли і скільки мати дітей.

Концепція охорони репродуктивного здоров'я включає:

- сприяння безпечній і відповідальній поведінці, особливо у підлітковий період, включаючи безпечну сексуальну поведінку, прийняття потреб підлітків;
- створення служб планування сім'ї;
- профілактику небажаної вагітності, зниження кількості абортів, забезпечення умов для безпечного проведення абортів;
- профілактику, раннє виявлення і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІППСШ), включаючи ВІЛ/СНІД;
- планування вагітності;

- лікування безплідності;
- забезпечення ефективної антенатальної (antenatal, prenatal – період до пологів) охорони плоду;
- забезпечення безпечного материнства, включаючи заходи по зниженню материнської, неонатальної та дитячої смертності й захворюваності;
- раннє виявлення і лікування онкологічних захворювань репродуктивних органів жінок і чоловіків;
- профілактику патології клімактеричного періоду та остеопорозу;
- залучення чоловіків до процесу охорони репродуктивного здоров'я;
- викорінювання всіх форм насильства стосовно жінок.

Проблеми охорони репродуктивного здоров'я невіддільні від проблем сексуального здоров'я і мають розглядатися, виходячи з рівності чоловіків і жінок.

За визначенням ВООЗ, «сексуальне здоров'я – це така взаємодія соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних чинників сексуальної суті людини, завдяки якій її внутрішній світ стає багатшим, а її особисті якості, здібності до спілкування і вираження любові виявляються з новою силою».

Таким чином, під сексуальним здоров'ям розуміється позитивне ставлення до вияву сексуальності.

Охорона сексуального здоров'я – це створення сприятливих умов для життя і міжособистісного спілкування, а не тільки консультування й лікування з приводу ІППСШ або відтворювання потомства.

Сексуальність людини здійснює вплив на здоров'я і розвиток незалежно від того, веде вона до дітонародження чи ні. Перед лицем спустошуючих соціальних і економічних витрат, пов'язаних з епідемією ІППСШ і ВІЛ/СНІДу, не можна не визнати, що здорова сексуальність є нині фундаментальним питанням гуманітарного розвитку.

Забезпечення ефективної медико-санітарної допомоги у сфері охорони репродуктивного і сексуального здоров'я

має засновуватися на принципах зміцнення здоров'я кожної людини незалежно від її наміру мати або не мати дітей. Тому надання людям знань і можливостей, що потрібні їм для охорони себе та інших від небезпечного вираження сексуальності, було і залишається надзвичайно важливим, особливо тепер, у зв'язку з ослабленням традиційних обмежень відносно статевої поведінки, зростаючим сексуальним насильством і т.п.



Репродуктивні права

Право на репродуктивне і сексуальне здоров'я розглядається як одне з основних прав людини.

Світові оцінні дані наслідків недотримання або позбавлення людей їх сексуальних і репродуктивних прав такі:

- щороку внаслідок причин, пов'язаних з вагітністю і пологами, вмирають близько 600 000 жінок (одна жінка на хвилину), переважно в країнах, що розвиваються;
- близько 200 000 жінок вмирають щорічно через відсутність або недостатню ефективність протизаплідних засобів;
- 350 млн подружніх пар не мають інформації щодо протизаплідних засобів і позбавлені доступу до них;
- приблизно 75 млн вагітностей за рік (з їх загальної кількості 175 млн) є небажаними, і їх результатом є 45 млн абортів і 30 млн народжених небажаних дітей;
- 70 000 жінок вмирають щорічно внаслідок некваліфікованих абортів, і ніхто не знає, скільки жінок отримують інфекції та інші ускладнення;
- щорічно в світі з'являється 333 млн нових випадків інфекцій, які передаються статевим шляхом;
- 1 млн людей вмирає щорічно від ІППСШ (включаючи СНІД);
- в середньому щохвилини 6 чоловік інфікуються ВІЛ-інфекцією;
- приблизно 50-60% всіх нових випадків ІППСШ,

включаючи ВІЛ, припадає на молодих людей у віці до 20 років;

– 2 млн дівчаток у віці від 5 до 15 років щорічно залучаються до індустрії сексу.

Репродуктивні права засновані на визнанні права пар і окремих людей на прийняття вільного і відповідального рішення про те, скільки і коли мати дітей, включаючи право прийняття рішень щодо дітонародження без дискримінації, загроз і насильства, а також на визнанні права на отримання відповідної інформації.

Репродуктивні права вже визнані законодавствами багатьох країн, міжнародними документами з прав людини та іншими угодами. Ці документи також констатують, що відповідальне використання репродуктивних прав всіма людьми має стати наріжним каменем політики урядів і діяльності громадськості в сфері охорони репродуктивного здоров'я (гл. VII, ст. 7.3).

Міжнародна федерація планування сім'ї (МФПС), засновуючись на рішеннях МКНР (1994 р.) і Четвертої Пекінської всесвітньої конференції з питань становища жінок (1995 р.), розробила Статут про статеві та репродуктивні права. Документ визначає ті права людини, забезпечення яких є метою Міжнародної Федерації планування сім'ї (МФПС), і організацій, що є її членами, включаючи Українську асоціацію «Планування сім'ї».

Статут включає такі 12 прав:

- Право на життя, яке означає, що життя жінки не повинне зазнавати ризику внаслідок вагітності.
- Право на свободу і безпеку особистості, яке визнає, що жінка ні за яких умов не повинна зазнавати примусу до сексуальних стосунків, вагітності, стерилізації або аборту.
- Право на рівність і свободу від усіх форм дискримінації, зокрема в статевому і репродуктивному житті.
- Право на невтручання в особисте життя і конфіденційність, що означає незалежний репродуктивний вибір і конфіденційне надання всіх послуг у сфері охорони

репродуктивного здоров'я.

– Право на свободу переконань, яке включає свободу від релігійних заборон, переконань, філософій і звичаїв як інструментів обмеження свободи думки і дій в питаннях репродуктивної поведінки і репродуктивного здоров'я.

– Право на інформацію і освіту відносно репродуктивного здоров'я, що включає доступ до повної інформації про переваги, ризики і ефективність усіх методів контрацепції, що дозволяє вільно і відповідально приймати рішення, які стосуються репродуктивного життя.

– Право на вирішення питання вступати або не вступати до шлюбу, створення сім'ї та її планування.

– Право на прийняття рішення мати або не мати дітей, а також щодо часу їх народження.

– Право на медичне обслуговування і охорону здоров'я, включаючи право на високу якість обслуговування і право на свободу від звичаїв, які шкодять здоров'ю, зокрема репродуктивному.

– Право на користування досягненнями наукового прогресу, що передбачає право на доступ до нових, безпечних, ефективних і прийнятних технологій.

– Право на свободу зборів і участь у політичній діяльності, яке включає право всіх людей шукати шляхи впливу на суспільство і уряди з метою охорони репродуктивного здоров'я і захисту репродуктивних прав.

– Право на свободу від жорстокого і принизливого поводження та насильства, включаючи право всіх жінок, чоловіків і молоді на захист від насильства, сексуальних домагань, експлуатації та образ.

Заохочення відповідального підходу до здійснення цих прав усіма людьми має стати основою основ програм у галузі репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї.

В їх рамках потрібно приділяти пильну увагу заохоченню рівноправних відносин між статями на основі взаємної поваги, а також задоволенню потреб підлітків в освіті і послугах з тим, щоб вони могли позитивно і відповідально

ставитись до своєї сексуальності.

Репродуктивне здоров'я для багатьох людей в теперішньому світі недоступне внаслідок таких чинників, як:

– недостатній рівень поінформованості, знань про сексуальність людини;

– невідповідність вимогам, неякісність або недоступність інформації та послуг у сфері репродуктивного здоров'я;

– переважання сексуальної поведінки, пов'язаної з підвищеним ризиком;

– дискримінаційна соціальна практика;

– обмеженість можливостей багатьох жінок і дівчат впливати на своє статеве і репродуктивне життя;

Особливо вразливими через відсутність інформації та доступу до відповідних послуг у більшості країн є підлітки.

Період підліткового віку – той самий час, коли формуються основні поведінкові звички, які можуть мати найсерйозніші наслідки для репродуктивного здоров'я.

У промислово розвинених країнах підлітковий вік давно розглядається як окремий етап у житті людини. Тепер і в країнах, що розвиваються, до нього починають ставитися, як до важливого етапу між дитинством і дорослим віком. Молодь у віці від 10 до 19 років становить шосту частину населення планети (1 мільярд) і є силою, здатною здійснити глибокі зміни. Але для реалізації свого потенціалу і запобігання небезпечним помилкам молодим потрібна допомога з боку їх сімей, суспільства і держави.

Сьогодні люди у всьому світі не можуть повністю здійснювати свої сексуальні та репродуктивні права, зокрема й через недосконалість системи охорони репродуктивного здоров'я, нестачу необхідної інформації, а також внаслідок міцно укоріненої нерівності жінок, соціальних стресів і сімейних труднощів.

На Міжнародній конференції з питань народонаселення і розвитку 180 держав, зокрема Україна, визнали, що загальний доступ до інформації та послуг у сфері охорони репродуктивного здоров'я має бути метою, яку необхідно досягти до 2015 р.

◆ ◆ ◆ Планування сім'ї

З приводу планування сім'ї висловлюються різні, часом діаметрально протилежні точки зору – від визнання важливої його ролі в розв'язанні проблем народонаселення до тверджень про те, що головною його метою є обмеження народжуваності, скорочення населення. До речі, в останньому разі чомусь забувається, що планування сім'ї може спрямовуватись і на збільшення народжуваності.

Вважають, що задача планування сім'ї, це:

- мати бажане і повноцінне у всіх значеннях потомство;
- передусім проблема відповідального батьківства;
- поширення знань про сучасні засоби контрацепції, підготовка до усвідомленого прийняття рішення про народження дітей.

Під плануванням сім'ї розуміється насамперед вирішення проблем дітонародження, як це виходить з найбільш авторитетного визначення цього поняття, схваленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1971 р., а саме планування сім'ї – це ті види діяльності, які мають на меті допомогти особам або подружнім парам досягти певних результатів:

- уникнути небажаної вагітності;
- народити бажаних дітей;
- регулювати інтервали між вагітністю;
- контролювати вибір часу дітонародження залежно від віку батьків;
- визначати кількість дітей в сім'ї.

Планування сім'ї – це система соціальних, культурних, правових і медичних заходів, спрямованих на вільне і відповідальне вирішення подружніми парами та окремими особами питання про кількість дітей і час їх народження, народження здорових і бажаних дітей.

Відповідно до Програми МКНР (п. 7.14), програми планування сім'ї ставлять перед собою такі цілі:

- допомагати подружнім парам та окремим особам у досягненні їх цілей, пов'язаних з дітонародженням

таким чином, щоб це сприяло забезпеченню здоров'я і благополуччя сім'ї, формуванню відповідальної поведінки, а також, щоб поважалися гідність усіх людей та їхнє право вирішувати питання про кількість дітей, інтервал між дітонародженням і часом народження дітей;

- попереджати випадки небажаної вагітності й скорочувати кількість вагітностей, пов'язаних з високим ризиком, а також знижувати захворюваність жінок і материнську смертність;
- надавати високоякісні послуги в сфері планування сім'ї доступними і прийнятними для всіх, хто в них має потребу і хоче ними скористатися, при дотриманні принципу конфіденційності;
- підвищити якість консультацій, інформації, освіти і послуг в сфері планування сім'ї;
- активізувати участь чоловіків у практичній діяльності щодо планування сім'ї;
- сприяти тому, щоб чоловіки брали на себе частину відповідальності у питаннях планування сім'ї;
- заохочувати грудне вигодовування, яке сприяє успішному розвитку дитини й дотриманню інтервалів між дітонародженням.

Деякі батьки, вчителі, суспільні та релігійні лідери висловлюють побоювання, що залучення молоді до планування сім'ї, статевої освіти і контрацепції заохотить безвідповідальну поведінку і збільшить сексуальну активність молодих людей поза шлюбом. Досвід багатьох країн свідчить про зворотне. Там, де були розроблені програми в галузі статевої освіти, сексуальна активність молоді не збільшилася. Навпаки, програми формують у підлітків відповідальне ставлення до сексуальності, в зв'язку з цим відбувається підвищення віку початку статевого життя, що допомагає юнакам і дівчатам повністю реалізувати життєвий потенціал, зберегти здоров'я, уберегтися від помилок, мати здорове потомство.

Здоров'я жінок і чоловіків фертильного віку заклада-

ється до народження. У дитинстві відбувається становлення загальносоматичного здоров'я, беруть початок найчастіше органічні, а тим більше функціональні захворювання жіночих та чоловічих статевих органів, закладається фундамент сексуальної поведінки, формуються репродуктивні установки. Тільки вирішивши проблему здоров'я молоді, яка вступає в репродуктивний вік, можна очікувати народження здорового покоління.



Фактори, які підтримують безпечну сексуальну поведінку та сприяють зміні ризикованої сексуальної поведінки

1. Інформація:

- про здоров'я як цінність, ресурс успішності, сексуальність, статеве життя, репродуктивне здоров'я, сексуальне здоров'я, відстрочку статевого дебюту, наслідки незахищеного сексу і способи захисту;
- про дружні для молоді клініки, відповідні заклади охорони здоров'я та послуги, які вони надають;
- про ресурси співтовариства для забезпечення засобами захисту.

Інформація має бути актуальна, відповідати нормам культури, чесна, точна, достовірна, збалансована.

2. Мотивація:

- причинна мотивація є довгостроковою (мотивація, викликана страхом або провинною, є короткостроковою);
- плани на майбутнє (закінчити школу, отримати роботу, створити сім'ю);
- використання засобів захисту за всіх обставин (подвійний захист);
- візит до поліклініки, щоб зробити тест на ВІЛ або пройти лікування.

3. Уміння (навички):

- відстоювати особисті цінності;
- аналізувати ситуації, прогнозувати можливі наслідки;
- приймати рішення;

- не піддаватися тиску однолітків;
- ефективно спілкуватися;
- обговорювати умови безпечного сексу;
- пошуку інформації та служб надання допомоги в сфері репродуктивного та сексуального здоров'я;
- звертатися до відповідних служб.

4. Віра у можливість зміни переконання у тому, що:

- встановлення сексуальних стосунків між молодими людьми є нормальним явищем;
- варто утримуватися;
- секс має бути безпечним і заснованим на згоді сторін;
- лікування на ранній стадії буде ефективним;
- провайдери послуг будуть надавати допомогу, а не висловлювати судження.

5. Норми співтовариства:

- прийняття сексуальності як нормального явища як з боку молоді, так і з боку суспільства в цілому;
- програмні звернення формулюються з урахуванням особливостей цільової групи;
- закріплення програмних звернень відбувається завдяки консультантам, одноліткам, ЗМІ, громадським організаціям.

6. Інституційна підтримка

Стратегії, які мають відношення до:

- інтегрованої моделі здоров'я населення і популяризації здорового способу життя;
- профілактики – підвищення якості життя;
- всебічного статевого виховання в школі;
- забезпечення доступу підлітків до консультування у медичних службах.



Стратегії з питань охорони та збереження репродуктивного здоров'я підлітків «Вибір – це не шанс»

1. Підлітки мають отримувати сексуальну освіту в школі і поза нею (вчителі, батьки, соціальні педагоги).

2. Підлітки мають право на отримання і перевірку інформації про сексуальність, контрацепцію і безпечний секс. Підліткам важливо розуміти: аборт – найвідповідальніший для здоров'я вибір.

3. Підлітки мають бути захищені від ІППСШ і ВІЛ/СНІДу.

4. Підлітки повинні мати доступ до конфіденційного і доброзичливого обслуговування, консультацій з питань сексуального та репродуктивного здоров'я.

5. Підлітки повинні у разі необхідності мати можливість захисту адвокатом.

Що таке статеве виховання?

Статеве виховання – процес, спрямований на вироблення якостей, рис, властивостей, а також установок особистості, що визначають необхідні суспільству ставлення людини до представників іншої статі. Таким чином, у сферу статевого виховання входять не лише такі специфічні стосунки між представниками чоловічої і жіночої статі, як подружні, але й будь-які інші: у суспільному житті, праці, відпочинку і т. п.

Статеве виховання – процес формування у людини здатності усвідомлювати особливості власного «Я» та інших людей, зумовлених приналежністю до певної статі.

Статеве виховання – система медико-психологічних, соціальних, педагогічних і просвітницьких заходів, спрямованих на виховання у дітей, підлітків і молоді правильного ставлення до питань статі.

У педагогічному розумінні статеве виховання – це довготривалий процес свідомого цілеспрямованого впливу на дитину (підлітка) з метою формування навичок статевої свідомості й поведінки, а також засвоєння особистістю визначених стандартів, норм психосексуальної культури, що домінують у суспільстві на сучасному етапі його розвитку.

Важливим компонентом статевого виховання дітей є сексуальна (статева) просвіта.

При проведенні просвітницької роботи необхідно, щоб

основна увага приділялася таким питанням статевого виховання молоді, вирішення яких повинне:

- формувати відповідальне ставлення до свого тіла, власного здоров'я, здорового способу життя;
- прищеплювати основні навички спілкування і взаєморозуміння, а також розвивати здібності, приймати усвідомлені рішення у міжстатевих відносинах;
- сформувати правильне сприйняття виявів людської сексуальності.

Сексуальність – природна, нормальна якість здорової людини. Її сексуальні можливості не повинні реалізовуватися у відчужених, знеособлених формах, а статево виховання має протистояти бездуховному сексу. Сексуальність складається з життєвих позицій, переконань, нашого розуміння цінності стосовно нас та наших взаємовідносин з іншими людьми; це є наше усвідомлення того, що ми є чоловік або жінка; це особливості нашої сексуальної поведінки, сексуальне здоров'я та розвиток; наша уява про себе і своє тіло, тобто самооцінка. Виходячи з цього, можна вважати, що головним наслідком навчальної програми зі статевої освіти буде те, що підлітки зможуть:

- отримати точну інформацію, яка надасть їм можливості повніше зрозуміти особливості свого організму, зробити виважені, поінформовані висновки щодо свого сексуального здоров'я;
- зрозуміти зв'язок сексуальності із загальним станом їх здоров'я;
- зрозуміти, що сексуальність є частиною нормального, здорового існування кожної людини протягом всього її життя;
- відокремлювати вигадане від існуючого в сфері сексуальності;
- зрозуміти, що сексуальність не є секс; секс не дорівнює коханню. Сексуальні взаємовідносини мають ґрунтуватися на взаємній, усвідомленій згоді партнерів, тому що є багато форм сексуальних відносин і способів вираження інтимних почуттів та кохання. Люди не по-

винні засуджувати чиюсь сексуальність, якщо вона нікому не зашкоджує;

– допомогти пристосуватися до наступаючої зрілості, психофізіологічних змін в організмі (менструації, полюції, статевий потяг, раптова зміна настроїв і т.п.);

– сприяти правильному осмисленню своїх репродуктивних функцій і обов'язків, тобто сформувати почуття відповідальності за себе, свого статевого партнера і майбутнє покоління;

– розповісти про наслідки ранніх статевих зв'язків, переконати в можливості і необхідності заміни сексу іншими видами діяльності (спорт, мистецтво, кар'єра тощо) до настання фізичної і психічної зрілості;

– навчити безпечній сексуальній поведінці в звичайних і екстремальних (насильство) життєвих ситуаціях, включаючи профілактику інфекцій, які передаються статевим шляхом, і небажану вагітність;

– отримати необхідні знання, які допоможуть уникнути багатьох конфліктів і ускладнень в майбутньому сімейному житті (основи планування сім'ї, народження здорового потомства);

– формувати прагнення мати міцну, дружну сім'ю, що відповідає сучасним вимогам суспільства: рівноправність батька і матері в сім'ї, народження декількох дітей; свідомого і відповідального ставлення до їх виховання як до свого обов'язку перед суспільством загалом, своїми батьками і дітьми;

– формувати здатності й прагнення оцінювати свої вчинки стосовно інших людей з урахуванням статевої приналежності, виробляти поняття хорошого і поганого вчинку в сфері цих відносин;

– формувати адекватне розуміння дорослості: її змісту, істинних ознак, виявів і якостей.

У статевому розвитку підрастаючого покоління є істотна суперечність, яка визначає складність статевих виховання. Це великий розрив у часі між статевим і соціальним дозріванням і ще більший – між статевою зрілістю і еконо-

мічною самостійністю людини. Статева зрілість у дівчат настає в 14-15 років, у більшості хлопчиків – у 16-17 років. Однак статеві зрілість в цьому віці перебуває в дисгармонії з фізичним і психічним розвитком. Розрив цей становить п'ять і більше років. Одне із завдань статевого виховання – сформувати в юнаків і дівчат розуміння значення цієї дисгармонії, виховати волю, вміння керувати своїми почуттями.

Об'єктивна складність статевого виховання полягає у важкопереборній суперечності між інтимно-особистим характером міжстатевих відносин і суспільним характером освіти.

Відповіді на одні питання з цієї сфери людина повинна отримати в школі, на інші – з бесід із батьками, на треті – віч-на-віч із хорошою книгою.

Істотну частину проблем зі сфери міжстатевих відносин доцільно вивчати або обговорювати не на групових заняттях, а індивідуально.

Діяльність школи у сфері статевого виховання має бути пов'язана з роботою спеціальних центрів з консультативної та соціальної допомоги підліткам. Підліткам необхідно знати про існування подібних центрів, характер їх роботи і у разі необхідності бути готовими скористатися їхньою допомогою.

Статеве виховання і статеві просвіта засновані на інформації, яка отримується підлітками. Для того, щоб інформація мала виховне значення, вона має бути представлена в яскравій, образній, емоційній формі. Важливі також міра її новизни і вік, в якому вона отримана уперше. І, природно, така інформація повинна бути етично бездоганною, щоб виховання «підносило» особистість.

Такі почуття, як кохання, радість, гнів, страх, ненависть, довіра, повага, сексуальні відчуття й сексуальні реакції важко описати словами. Але «статеве виховання» передбачає вивчення цих почуттів. Статеве виховання займається розвитком не лише когнітивної сфери, але і афективної сфери дитини. Статеве виховання має сприяти по-

зитивному ставленню до інтимних відносин.

Статеве виховання можна також визначити як вироблення переконань, поглядів, властивостей характеру, звичок здорової сексуальної поведінки.

Для формування позитивних сексуальних установок і поведінки дітей та підлітків необхідно:

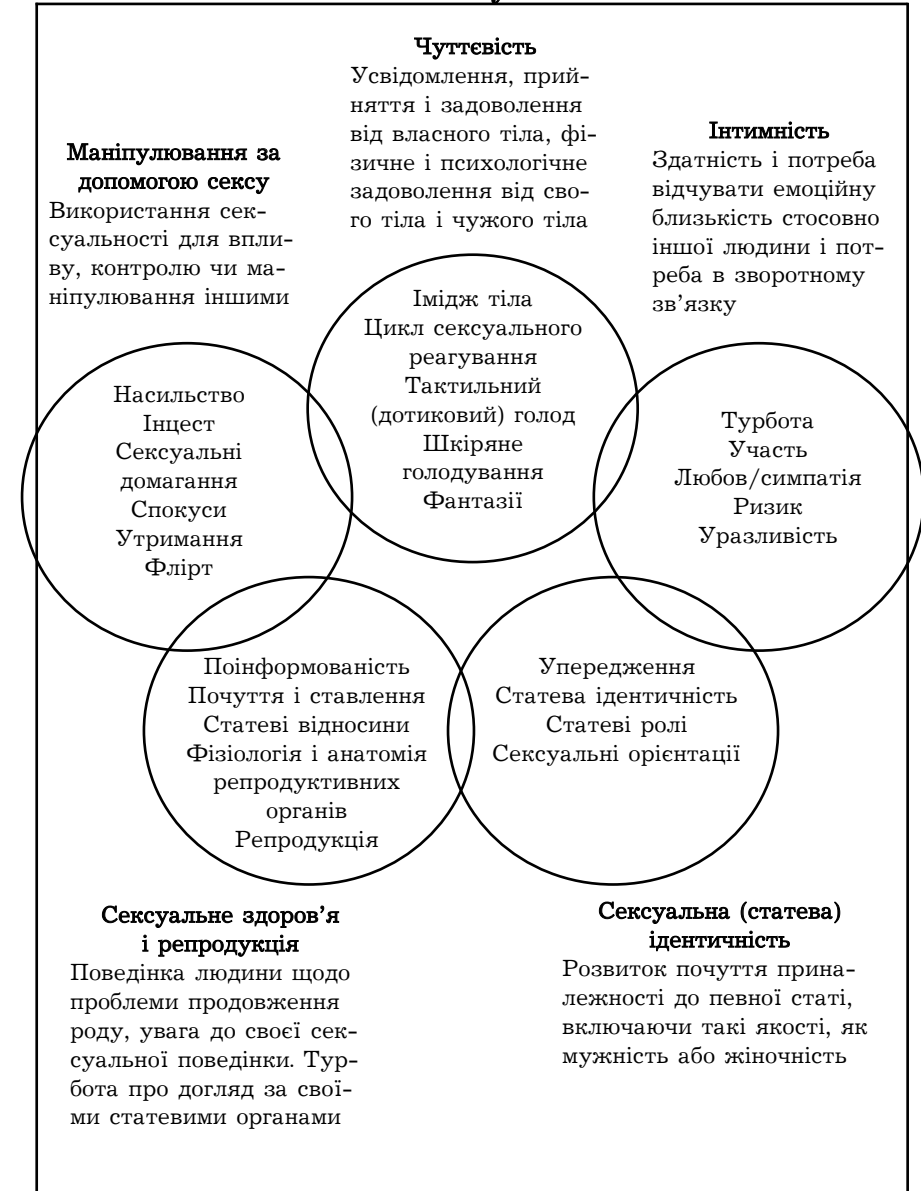
- поступово і поетапно вводити в проблему з урахуванням віково-статевих особливостей аудиторії;
- безперервно й систематично виховувати і навчати здоровій сексуальності;
- погоджено впливати педагогам, медичним працівникам, батькам на оточення підлітків;
- надавати найбільш повну, достовірну і адекватну інформацію по всіх аспектах проблеми.

Міжстатеві відносини тісно пов'язані з духовним і фізичним благополуччям людини, життєздатністю суспільства.

Статеве виховання має розглядатися у загальному плані гармонійного розвитку особистості, формувати основи відповідального ставлення до здоров'я, що включають:

- ставлення до здоров'я (репродуктивне здоров'я – складова частина здоров'я) як цінності;
- формування уявлення про себе як про здорову людину;
- переживання можливості втратити здоров'я; думка про це повинна породжувати тривогу;
- здатність використовувати у поведінці всю інформацію, яка слугує збереженню і зміцненню здоров'я, причому енергія побоювання повинна перетворюватись на енергію дії, конкретні навички здорового способу життя.

◆ ◆ ◆ Аспекти сексуальності*



*Формування здорового способу життя: можливості волонтер. руху: Робочі матеріали семінару/Міжнар. федер. соц. прац., Християн. дит. фонд, Укр. асоц. соц. педагогів і фахівців з соц. роботи. Літня шк. волонтерів. Ялта, 6-12 лип. 2001 р.

Сексуальність – це набагато ширше поняття, ніж статеві відносини. Це важлива частина становлення людини, ким він або вона будуть в майбутньому. Сюди входять почуття, думки і поведінка чоловіка або жінки, його/її бажання бути привабливим/ою, коханим/ою, любити, а так само мати взаємовідносини, які включають інтимний компонент і фізичну сексуальність, активність.

Коло 1

Чуттєвість – це усвідомлення і ставлення до свого тіла, до тіла іншої людини, особливо сексуального партнера.

Чуттєвість допомагає нам ставитись позитивно до свого тіла і до того, що воно відчуває і може. Чуттєвість дає можливість отримувати радість і задоволення. Це частина сексуальності, що впливає на нашу поведінку таким чином:

Потреба зрозуміти анатомію і фізіологію. Знаючи і розуміючи, підлітки краще зможуть оцінити своє тіло належним чином.

Імідж тіла. Чи відчуваємо ми гордість за своє тіло? Підлітки часто орієнтуються на імідж, який створюють засоби масової інформації, тому вони можуть бути розчаровані власним образом, який бачать у дзеркалі. Особливо, якщо тип шкіри, очей, волосся, розміри не збігаються з тим, що вони бачать на екрані.

Відчуття задоволення і вивільнення сексуальної енергії. Чуттєвість дає можливість отримати задоволення, коли ми або хтось інший доторкується до певних частин нашого тіла. Як кульмінація циклу сексуального реагування – чоловіки і жінки можуть отримувати оргазм, коли вони мають сексуальний контакт з партнером або мастурбують.

Задоволення шкіряного голодування (тактильного голоду). Наша потреба в погладжуваннях, дотиках часто називається шкіряним голодуванням. Підлітки зазвичай рідше отримують погладжування від членів сім'ї, ніж маленькі діти. Тому підлітки заповнюють це близьким фізичним контактом з однолітками. Сексуальний контакт може бути результатом потреби підлітка в погладжуванні, а не в сексуальній потребі.

Почуття фізичного потягу до іншої людини. Основа чуттєвості і потягу до іншої людини не в статевих органах, а в мозку, в центральному «сексуальному органі». Механізм, відповідальний за сексуальний потяг, знаходиться саме тут.

Фантазії. Мозок дає можливість пофантазувати про сексуальну поведінку і сексуальний досвід. Підлітки мають розуміти, що сексуальні фантазії – це нормально і з цим не треба боротися.

Коло 2

Сексуальна інтимність – це здатність і потреба в емоційній близькості до іншої людини і потреба зворотного зв'язку. Інтимність збагачує особисті взаємовідносини. Якщо чуттєвість пов'язана з фізичною близькістю, інтимність – з близькістю емоційною. Інтимність включає такі аспекти:

– Любов або симпатію до іншої людини – емоційна прив'язаність є виразом інтимності.

– Емоційний ризик. Щоб мати по-справжньому інтимні відносини, люди повинні відкриватися одне одному, ділитися особистими почуттями.

Людина ризикує, відкриваючи свою душу, але неможливо бути по-справжньому близьким іншій людині, якщо ти не поводишся з нею чесно і відверто.

Людина може мати інтимні стосунки і без сексуальних, фізичних контактів. У повноцінних сексуальних відносинах вираження сексуальності часто включають інтимність і статеві відносини. Інтимність формується через турботу і ефективне спілкування, що, на жаль, не завжди є частиною підліткового сексуального досвіду.

Коло 3

Сексуальна (статева) ідентичність. Це розуміння підлітком приналежності до тієї або іншої статі, зокрема й відчуття себе чоловіком або жінкою.

Сексуальна ідентичність включає три взаємопов'язаних речі, які разом дають можливість людині побачити себе. Це:

Статева ідентичність – усвідомлення себе чоловіком або жінкою. Більшість дітей до 2-х років визначають свою стать.

Статеві ролі – що можуть і що не можуть робити представники тієї або іншої статі. Наприклад, тільки у жінок буває менструація, тільки у чоловіків виділяється сперма. Багато які речі зумовлені культурою. Існує тиск з боку батьків, друзів, що саме є чоловічою, а що – жіночою якістю. На це варто звертати увагу, оскільки стереотипи впливають на наші взаємовідносини, освіту, кар'єру, відпочинок.

Сексуальні орієнтації – чи приваблюють нас люди протилежної статі (гетеросексуальність), такої самої статі (гомосексуальність) або обидві статі (бісексуальність).

Сексуальна орієнтація формується у підлітковому віці.

Гетеросексуали, гомосексуали, бісексуали у пубертатний період мають однаковий сексуальний досвід. І сексуальні ігри з особою цієї ж статі, сексуальні фантазії про людей цієї ж статі – нормальне явище у підлітків і не обов'язково пов'язане із сексуальною орієнтацією.

Коло 4

Сексуальне здоров'я і репродукція – здатність до відтворення потомства. Це робить сексуальні відносини здоровими фізично і емоційно.

Основні аспекти даного кола:

Поінформованість про відтворення (репродукцію) необхідна для того, щоб розуміти, яким чином працюють чоловічі та жіночі репродуктивні системи і як відбувається процес зачаття. Підлітки, як правило, мають неправильну або неповну інформацію про своє тіло і про тіло партнера. Поінформованість доцільна, щоб приймати серйозні рішення про сексуальну поведінку і здоров'я.

Почуття і відносини включають широкий спектр тем, пов'язаних із сексуальною поведінкою і відтворенням потомства, а також питання, пов'язані з інфекціями, які передаються статевим шляхом (включаючи ВІЛ-інфекцію). Сюди ж входить вироблення ставлення до контрацепції,

абортів і т.п. Обговорення цих питань підвищує рівень самосвідомості і стимулює підлітків приймати здорові рішення щодо сексуальної поведінки.

Статеві фізичні стосунки – один з найбільш поширених типів людської поведінки, який приносить людині почуття сексуальної насолоди і/або вагітність.

Інформація про контрацепцію описує різні контрацептивні методи, як вони діють, де їх придбати, їх ефективність і побічні ефекти. Наприклад, використання презервативів може запобігти інфекціям, які передаються статевим шляхом. Навіть підлітки, які не мають ще статевих відносин, повинні це знати, оскільки дана інформація знадобиться в майбутньому. Їм необхідно знати, як запобігти вагітності і/або хворобі.

Коло 5

Маніпулювання за допомогою сексу – це використання сексу або сексуальності для того, щоб впливати, маніпулювати або контролювати інших людей. Звичайно, це «тіньова» сторона сексуальності. І поведінка може коливатися від нешкідливого маніпулятивного до садистського. Сюди можна включити флірт; спокусу; утримання від сексу з метою покарати партнера або отримати те, що хочеш; сексуальні домагання (керівник вимагає від тебе сексу); сексуальне насильство; зґвалтування. Підлітки повинні знати, що ніхто не має права їх сексуально експлуатувати. Треба навчитися, як уникати насильства.



Сексуальний розвиток людини

Протягом життя людина проходить ряд етапів психосексуального розвитку. Такий розподіл умовний, оскільки статева самосвідомість, статева роль і психосексуальні орієнтації тісно пов'язані і являють собою динамічні структури, змінні не тільки у процесі їх формування, але й упродовж всього подальшого життя, хоч основи всіх компонентів сексуальності закладаються в їх становленні.

Психосексуальний розвиток – процес формування у

людини статевої самосвідомості, статевої ролі та психосексуальних орієнтацій.

Статева самосвідомість – здатність відчувати себе як представника певної статі.

Статева роль – специфічний набір вимог, очікувань, прав і обов'язків, який пред'являється суспільством до певної статі.

Психосексуальні орієнтації – система платонічних, еротичних, фізичних переваг, потягу до осіб протилежної чи однакової статі.

1-й етап 1,5 (3) роки – 5 (7) років – формування статевої самосвідомості (хто я такий: дівчинка чи хлопчик)¹.

У цей період відбувається:

- усвідомлення дитиною себе як хлопчика або як дівчинки;
- формування умінь розрізняти оточуючих за статтю;
- підвищений інтерес до статевих органів;
- формування здатності виробляти прихильність до близьких людей.

2-й етап 5 (7) років – 10 (12) років – формування стереотипу статевої поведінки (з ким, у що, як я граю).

У цей період відбувається:

- засвоєння типів чоловічої або жіночої поведінки у відповідності зі самосвідомістю, яка сформувалася;
- формування здатності грати в сюжетні ігри, дотримуватись правил гри.

3-й етап 10 (12) років – 16 (25) років – формування психосексуальної орієнтації (хто мені подобається, кого я люблю).

Етап починається з періоду статевого дозрівання (з першої менструації у дівчинки та з першої полюції у хлопчика) і закінчується у 21-25 років. Для нього характерні юнацька гіперсексуальність у хлопчиків і гіпереротика у дівчаток. Він відрізняється від перших двох етапів вели-

¹Деякі дослідники вважають, що 1 етап починається ще до народження дитини, у внутріутробному періоді, і закінчується у 5 (7) років. Диференціація припадає на 14 тиждень внутріутробного розвитку.

чезною насиченістю організму статевими гормонами.

У 3-му періоді відбувається:

- вибір об'єкта статевого потягу з його індивідуальними особливостями, створення «портрета» майбутнього супутника життя;
- відпрацювання навичок комунікації, програвання залицяння у хлопчиків і реакції на нього у дівчаток.

На 3-му етапі відбувається формування статевого потягу (лібідо), що умовно розподіляється на три стадії:

I стадія платонічного потягу (формування образу партнера, «дитяча закоханість», бажання духовного спілкування, потреба бачити предмет свого захоплення і думати про нього).

Платонічна любов характеризується високим спалахом почуттів, самовідреченням і жертівністю, впевненістю підлітка в унікальності почуття, яке він переживає. Об'єкт закоханості ідеалізується.

Платонічна стадія лібідо – дуже важливий етап психосексуального розвитку. Підліток вчиться спілкуватися з представниками протилежної статі і звертати на себе увагу тієї особи, в яку він закоханий.

II стадія еротичного потягу (розвивається чуттєвість, потреба фізичного контакту: доторкатися, тримати за руку, обіймати, цілувати; говорити ніжні слова).

Хлопчики проходять стадію еротичного потягу дуже швидко, переходячи до стадії фізичного (сексуального) потягу). Дівчатка довше залишаються на еротичній стадії, переходячи до сексуальної лише з початком і досвідом статевого життя.

III стадія сексуального (фізичного) потягу (потреба в реалізації потягу через статевий акт).

Початок статевого життя не означає закінчення процесу розвитку сексуальності. Протягом деякого часу продовжують відпрацьовуватися і уточнюватися такі моменти, як стереотип сексуального партнера (стать, зовнішній вигляд, особливості поведінки і т.п.), погляди на доступність і виправданість форм статевого спілкування та ін.

Кожний з 3-х етапів характеризується певним станом психіки як в рамках загальних психологічних особливостей, так і у ставленні до статевого життя. Особливі психологічні проблеми можливі у період статевого дозрівання, коли послідовно формуються платонічний, еротичний, сексуальний потяг і психіка підлітка відрізняється подвійністю: з одного боку, він уже не задовольняється роллю опікуваного, а з іншого – дорослі поки ще не визнають його права на соціальну незалежність, наголошуючи в основному на його матеріальній залежності та відсутності життєвого досвіду. Статева сфера підлітка зазнає особливо складного переходу. На думку Г. С. Васильченка: «Статева свідомість повинна здійснити складний перехід від романтичної стадії через хтивне засліплення сексуальної фази з її невблаганною фіксацією на генітальній сфері до стадії зрілої статевої свідомості, що гармонічно поєднує... чуттєвість з найвищими ідеалами людської любові».

IV стадія. Період зрілої сексуальності (приблизно від 26 до 65 років)¹ характеризується налагодженою, взаємоприйнятною для обох партнерів сексуальною поведінкою, умінням контролювати статеве збудження, правильно сформованою сексуальністю – не схильною до зайвої романтичності, але і такою, що не зводиться тільки до біологічної функції статевого спілкування.

V стадія. Інволюційний період (нормальне вікове зниження статевого потягу та інших сексуальних показників) не має чіткого початку. Однією з перших ознак інволюції є зниження рівня статевого потягу: чоловік може стримувати своє збудження досить довго (чого не міг робити в молодості), а то й вимушений підстьобувати себе ласками, фантазіями, іншими способами, щоб здійснити коїтус.

¹В деякій сексологічній літературі цей термін визначається до 55 років.



Фактори ризику, які можуть призвести до порушень розвитку сексуальності, й статеве виховання як чинник нейтралізації цих факторів

Сексуальність – невід’ємна якість людської психіки, від якої багато в чому залежить поведінка індивіда, його взаємини з іншими людьми. Протягом життя людина проходить ряд етапів психосексуального розвитку, порушення яких може різко деформувати сексуальність і навіть усю психіку людини. Багато психосексуальних порушень кориниться саме в помилках статевого виховання.

I етап психосексуального розвитку

Основні наслідки порушень на I етапі психосексуального розвитку пов’язані зі спадковими захворюваннями батьків, особливостями перебігу вагітності й вихованням дітей.

Випадкове або цілеспрямоване виховання, яке не відповідає статі дитини (неправильно сформовані зовнішні статеві органи, народження дитини не тієї статі, на яку чекали батьки, та ін.), створює значні, часом непереборні труднощі для подальшого пристосування до статевої ролі, що наказується фізичною і паспортною статтю.

Найбільший вплив на загальний і психосексуальний розвиток дитини на I етапі надає мати. Відмічено, що відсутність адекватного контакту з матір’ю у віці від 6-и місяців до 3-х років не дозволяє нормально формуватися навичкам спілкування. Такі діти надалі агресивні, жорстокі, дратівливі, у них знижена здатність до фантазування, вони нерозбірливі у виборі друзів і поверхневі у стосунках. Для гармонізації розвитку цих дітей потрібно багато уваги і ласки.

Здатність виробляти почуття прихильності до будь-кого – дуже важлива навичка. За її відсутності у дитини надалі не буде постійних друзів, а пізніше – постійного партнера по шлюбу, що призводить, як правило, до численних сексуальних зв’язків і підвищення ризику інфікування організму інфекціями, які передаються статевим шляхом. Крім

того, підвищується можливість потрапити в асоціальні групи. Такі люди не сприймають сім'ю як цінність.

Причинами, що заважають формуванню здатності виробляти почуття прихильності, можуть бути:

- виховання поза сім'єю;
- часта зміна «няненок» у дитини;
- недостатність контактів і уваги з боку батьків;
- оформлення дитини в ясла/садок до 3-річного віку;
- п'ятиденне перебування в дитячих дошкільних закладах.

Негативні наслідки 1-го етапу, які з'являються у підлітковому віці:

- агресивна поведінка;
- жорстоке поводження з молодшими;
- втечі з дому;
- відсутність друзів;
- раннє статеве життя;
- нав'язлива мастурбація;
- вживання наркотиків, алкоголю, тютюну.

Коли дитина знаходиться на першому ступені дитинства (від народження до двох років), батьки можуть дати їй в плані сексуальної освіти дуже мало. Основне завдання зводиться до того, щоб в її розумінні пеніс або піхва не пов'язувалися з чимось «брудним» або поганим.

У ранньому дитинстві (від 3 до 7 років) діти виявляють підвищену цікавість до сексу і ставлять безліч запитань. Батьки можуть надати своїй дитині велику допомогу в накопиченні сексуальних знань, у зміцненні її впевненості в собі, якщо будуть давати ясні й чіткі відповіді, застосовуючи правильну термінологію, а не вдаючись до евфемізмів, які тільки вносять плутанину і можуть дезорієнтувати дитину. На питання треба відповідати буквально і на тому рівні, який доступний розумінню дитини, не ускладнюючи відповідей до такої міри, щоб секс став позв'язуватися в розумінні дітей з таємницею і заборонаю. Дитяча цікавість, що стосується сексу, нормальна, вона властива всім дітям, і сексуальна освіта повинна давати відповіді на запитання,

що їх ставить дитина.

Важливо ознайомити дошкільнят зі статевими органами, в іншому разі можуть виникнути такі відхилення, як візіонізм (підглядання) і ексгібіціонізм (демонстрація навколишнім власного оголеного тіла).

Дуже важливо також навчити дитину навичкам гігієни.

II етап психосексуального розвитку

Приблизно від 5-7 до 12-13 років триває другий етап – встановлення стереотипу статевої поведінки. На основі природжених психобіологічних особливостей і під впливом сім'ї та соціального оточення дитина мимоволі обирає для себе манеру поведінки, яка найбільш повно відповідає її запитам, і в той самий час не суперечить суспільним нормам. У цьому віці діти ще пильніше, ніж раніше, вдивляються у власних батьків, приймаючи за зразок або відкидаючи їх тип взаємовідносин. При холодних відносинах між батьками діти нерідко зростають такими ж холодними, беземоційними. При владній холодній матері і ласкавому або безвільному батькові хлопчики часто набувають жіночих рис поведінки, а дівчатка – хлоп'ячої грубості, нетерпимості та інших негативних якостей. На 2-му етапі хлопчики «відходять» від матері до батька, віддають перевагу чоловічому товариству. Важливо сформувати у них образ мужньої людини, захисника, заступника, вселити впевненість в себе.

Дівчинка стає ближче до матері. Вона має потребу в гіперопіці, пестоцах, впевненості в своїй привабливості (образ принцеси). Переласкати дівчинку неможливо. Недоласканість може призвести до передчасних статеви зв'язків і відходу до асоціальних груп. Дівчинка, вихована в підкоренні і приниженні, – майбутня жертва сексуального насильства.

Взаємовідносини хлопчика з матір'ю, а дівчинки з батьком лягають відповідно в основу взаємовідносин з жінками і чоловіками.

Негативні наслідки II-го етапу, які виявляються у підлітковому віці, у **хлопчиків**:

- невміння постояти за себе і захистити слабого;
- підлегла поведінка;
- зухвала поведінка на фоні гіперболізації поняття «мужність»;

– «брудне» висловлювання на адресу дівчаток і жінок;

у дівчаток:

- занижена самооцінка;
- грубість і агресивність на фоні культивування чоловічих рис поведінки;
- негативне ставлення до хлопчиків і чоловіків;

незалежно від статі:

- невміння «включатися» в ігри;
- ранній початок статевого життя;
- шкідливі звички (паління, алкоголь, наркотики).

На початку цього етапу (звичайно в 1-2 класах) діти, як правило, чітко розподіляються за статевою ознакою, що примушує їх підкреслювати свою статево-приналежність і прискорює розвиток сексуальності.

Діти напередодні періоду юності (8-12 років) звичайно соромляться задавати батькам запитання щодо сексу, частіше вони схильні звертатися за інформацією до ровесників. Щоб уникнути надходження помилкової і шкідливої інформації, батьки повинні прагнути донести до своїх дітей правильні відомості відповідно їх віку. Батькам, які точно не знають, яка саме інформація потрібна дітям цього віку і як її викласти, треба звернутися за допомогою до лікаря або до педагога – вони порекомендують нову літературу.

На даному етапі важливо правильно підбирати іграшки, одяг, книги, фільми відповідно статі й віку дитини. Наприклад, відсутність у дівчинки навички гри в «доньки-матусі» з ляльками гальмує розвиток материнського інстинкту. Відсутність змагальних ігор у хлопчиків зменшує можливість формування лідерських якостей. Якщо дитина не навчиться дотримуватися правил гри, вона може не зуміти прийняти правила поведінки у суспільстві.

III етап психосексуального розвитку

Зміна тіла у хлопчиків і дівчаток наприкінці другого пе-

ріоду (у дівчаток розвиваються груди, у дітей обох статей зростає лобкове волосся) може викликати у них тривогу і створити проблеми, що зашкодять розвитку здорової сексуальності. Це особливо важливо, оскільки саме в цьому віці виникають перші сильні сексуальні імпульси.

У цей період можуть виникнути і закріпитися найрізноманітніші статеві відхилення.

Фактори ризику:

- перегляд і читання порнографічної продукції, особливо з патологічною спрямованістю;
- перегляд фільмів і читання літератури зі сценами насильства;
- нав'язування засобами масової інформації образів із «нетрадиційною» сексуальною орієнтацією і проблемами зміни статі.

Важливо, щоб у цей період батьки прийшли на допомогу своїм дітям, сприяючи розвитку у них понять здорової сексуальності, щоб вони з розумінням ставилися до свого тіла. Оскільки і в хлопчиків, і у дівчаток з'являється або розвивається потяг до мастурбації, виникає питання про те, що вважати «нормальним»; і це питання має бути адресоване батькам. У цей період можуть виникати питання щодо прийнятності різних мір сексуальної активності, а також «побачень» (як себе вести). При цьому однолітки починають відігравати в житті дитини важливу роль, оскільки вона співвідносить з ними свою поведінку. Тому батьки дітей, які стоять на порозі юності, повинні пов'язувати свої бесіди про цінності й мораль з конкретними формами поведінки. На цій стадії важливо говорити про прийняття рішень, оскільки в юності (приблизно з 13 до 19 років) у всіх підлітків починається різного роду сексуальна активність – від дотиків і поцілунків до статевого акту. Якщо до середини періоду юності підліток не обізнаний про секс і важливість контролю народжуваності, йому не прищеплені навички прийняття відповідальних рішень і відповідні моральні стандарти, цілком можливо, що час втрачений і підліток готовий вчинити серйозну помилку.

Розуміння динаміки психосексуального розвитку лежить в основі грамотного статевого виховання.

Особливості статевого виховання, статевої просвіти залежно від віку і статі підлітків¹

У 1-4 класах треба задовольняти цікавість дітей про статеві відмінності і появу на світ новонароджених. Психологи рекомендують робити це досить відверто, бо у віці 7-8 років такі відомості не сприймаються як сексуальні.

У 5-7 класах змінюється характер статевого виховання учнів. Якщо у початкових класах можна задовольнити допитливість дітей без деталізування відповідей, то 12-14-літнім школярам, які вступають в період статевого дозрівання, відповідати необхідно чітко, конкретно, у повній відповідності дійсності. Тут надто важливо навчити підлітків володіти статевими інстинктами, що прокидаються. У цьому ж віці необхідно починати роздільну (для хлопчиків і дівчаток) роботу. Рекомендується надати відомості про менструацію, полюції, статевий потяг, про нормальні явища сексуальності, а також познайомити з правилами особистої статевої гігієни (в контексті з іншими гігієнічними навичками).

У 8-11 класах статеве виховання має бути поставлене на якісно новий ступінь. Його слід пов'язати з викладом гігієнічних, моральних і соціальних проблем. Вести бесіду про це потрібно у змішаній аудиторії – юнаки і дівчата мають разом обговорювати проблеми сексу. Нарівні з цим у старших класах необхідно іноді виділяти спеціальні уроки з питань гігієни статі, коли жінки займаються з дівчатами, а чоловіки – з юнаками. Заняття ведуть лікарі й педагоги. Роз'яснювальну роботу бажано провести без зайвого афішування, у процесі всієї виховної та педагогічної діяльності. Старшокласники повинні мати відомості щодо природи інфекції, яка передається статевим шляхом, зокрема і ВІЛ, а також щодо наслідків раннього статевого життя і небажаної вагітності, контрацепції. У них має чітко сформуватися почуття відповідальності за себе, свого ста-

тевого партнера і майбутнє потомство.

Підліткам слід усвідомити і засвоїти, що:

- сексуальна близькість з іншою людиною – не гра і не ритуал переходу в дорослий стан;
- для сексуальних відносин характерні три аспекти особистої відповідальності: перед самим собою, перед своїм сексуальним партнером, перед можливим потомством;
- кожний здатний і повинен управляти своєю сексуальністю – це шлях до свободи;
- починаючи статеве життя, для збереження власного здоров'я, зокрема репродуктивного, потрібно чітко засвоїти правила безпечного сексу.



Психосексуальний розвиток і статеві соціалізація

Незважаючи на велику кількість емпіричних даних, ми знаємо про розвиток сексуальності не так уже багато. Навіть періодизація цього процесу проблематична.

Перша трудність – багатомірність змін, які відбуваються.

Психосексуальний розвиток – один з аспектів онтогенезу, тісно пов'язаний із загальним біологічним розвитком організму, особливо зі статевим дозріванням і подальшою зміною статевої функції. У зв'язку з цим увагу дослідників привертають такі природні рубежі, як стадії пубертата, вік і особливості менархе у дівчаток і першої еякуляції у хлопчиків, вікова динаміка гормональних процесів і сексуальної активності дорослих, чинники, пов'язані з дітонародженням, менопауза, ослаблення статевої функції з віком і т. п. Зрозуміти ці явища можна тільки в системі життєвого циклу організму.

Разом з тим психосексуальний розвиток – результат статевої соціалізації, в перебігу якої індивід засвоює певну статевою роль і правила сексуальної поведінки. Вирішальне значення тут мають соціальні чинники: структура діяльності індивіда, його взаємовідносини зі значущими іншими, норми статевої моралі, вік і типові форми раннього сексу-

¹Лебедева Н.Т. Школа и здоровье учащихся. - Минск, 1998.

ального експериментування, нормативне визначення подружніх ролей тощо.

Психосексуальний розвиток індивіда, його сексуальна поведінка і мотивація залежать від обох цих чинників, але періодизація, заснована на стадіях розвитку організму, не може збігатися з періодизацією життєвого шляху особистості.

Друга трудність – широка варіативність, множинність типів психосексуального розвитку. Чоловіча модель розвитку істотно відрізняється від жіночої; терміни і послідовність фаз, характерні для одного покоління, можуть виявитися непридатними для іншого.

Третя трудність – крайня нерівномірність розподілу наукових даних про психосексуальні особливості різних етапів життєвого шляху. Більше всього інформації (біологічної, соціальної і психологічної) є про підліткову і юнацьку сексуальність. Про дитячу, внаслідок особливої делікатності цього сюжету і методичних труднощів його вивчення, відомо набагато менше. Більш або менш систематичне вивчення сексуальності немолодих і старих людей почалося лише у кінці 60-х років ХХ століття, коли стала швидко розвиватися соціальна геронтологія. Ще гірше, як це не парадоксально, йде справа з вивченням циклу «дорослості»: хоч емпіричних даних про сексуальну поведінку дорослих досить багато, вони майже завжди розглядаються статично, без урахування цілісного розвитку особистості.

Якими фрагментарними не є наукові дані, не підлягає сумніву, що психосексуальний розвиток людини, якщо залишити пренатальний період, починається з формування статевої ідентичності немовляти, причому вирішальну роль у цьому процесі відіграють дорослі. Визначивши паспортну стать немовляти, батьки та інші дорослі починають навчати дитину її статевої ролі, розповідати їй, що означає бути хлопчиком або дівчинкою. Хоч різниця в характері соціалізації хлопчиків і дівчаток не завжди усвідомлена, вона вельми істотна. Якоюсь мірою ці відмінності зумовлені цілями виховання, а якоюсь – природними відмінностями

у поведінці хлопчиків і дівчаток (наприклад, тим, що хлопчики завжди більш активні й агресивні) – питання відкриті, але ці відмінності існують всюди і так чи інакше переломлюються у свідомості дитини.

Первинна статева ідентичність, тобто усвідомлення своєї статевої приналежності, формується у дитини вже в 1,5 роки, становлячи найбільш стійкий, стержньовий елемент її самосвідомості. З віком обсяг і зміст цієї ідентичності змінюються, включаючи широкий набір маскулинних і фемінних властивостей.

Важливо підкреслити, що усвідомлення дитиною своєї статевої ролі/ідентичності передбачає і певне ставлення до неї. По-перше, це статеворольова орієнтація, уявлення індивіда про те, наскільки його якості відповідають очікуванням і вимогам чоловічої або жіночої ролі. По-друге, це статеворольові переваги, те, якій статевій ролі індивід віддає перевагу; це з'ясовується питаннями типу: «Ким би ти вважав за краще бути – хлопчиком або дівчинкою?» і експериментами, в яких дитина вимушена вибирати між чоловічим і жіночим зразком або роллю. Особливо гостро стоїть ця проблема у дітей з порушеннями біологічної статі, наприклад, з ендокринною патологією. Розбіжність статеворольових переваг і статевої ідентичності звичайно так чи інакше виявляється у поведінці дитини і стає предметом обговорення та оцінки з боку дорослих і однолітків (оцінка статеворольової адекватності).

Крім батьків, виключно важливим, універсальним агентом статевої соціалізації є товариство однолітків як своєї, так і протилежної статі. Оцінюючи статуру і поведінку дитини в світлі своїх, набагато жорстокіших, ніж у дорослих, критеріїв маскулінності/фемінності, однолітки тим самим підтверджують, зміцнюють або, навпаки, ставлять під запитання свою статево-ідентичність і статтеворольові орієнтації. Особливо велику роль відіграють однолітки для хлопчиків, у яких статеворольові нормативи і уявлення (яким має бути справжній чоловік) звичайно більше жорсткі й завищені, ніж у дівчаток.

Однолітки також є головним посередником у залученні дитини до прийнятої в суспільстві системи сексуального символізму, яка, однак, приховується від дітей. Порухення статевої поведінки дитини дуже позначається на ставленні до неї однолітків: фемінні хлопчики відкидаються хлопчиками, зате їх охоче приймають дівчатка, а маскулітні дівчаток легше приймають хлопчики, ніж дівчатка. Відсутність спілкування з однолітками, особливо у передпідлітковому і підлітковому віці, може істотно загальмувати психосексуальний розвиток дитини, залишивши її непідготовленою до складних переживань пубертата.

Досі ми говорили про засвоєння статевої ролі та вироблення дитиною статевої ідентичності. Формування сексуальної ролі/ідентичності й відповідних психосексуальних орієнтацій і переваг – автономна сторона цього процесу. На жаль, ми і сьогодні дуже мало знаємо про дитячу сексуальність, і навіть самий цей термін залишається нечітким. Тут наявні дві типові помилки. Перша – пояснення будь-якого дитячого вчинку, так або інакше пов'язаної з геніталіями, аналогічно з поведінкою дорослих і тими ж термінами. Якщо дитина показує власні геніталії, це називають ексгібіціонізмом; ігри, пов'язані з обмацуванням геніталій дитини тієї самої статі, йменують гомосексуальними і т.п. Хоч фахівці розуміють умовність таких найменувань, у широкої публіки вони викликають абсолютно недоречні у даному зв'язку страхи і думки про сексуальну патологію, тому таких термінів краще уникати.

Другу помилку здійснюють люди, які заперечують будь-яку можливість еротичних переживань до початку статевого дозрівання. Хоч ніхто не вважає ерекції у новонароджених хлопчиків показниками статевого збудження, вже дуже маленькі діти обох статей можуть випробувати оргазмоподібні переживання; за спостереженнями А. Кінзі, на це здатні більше половини 3-4-річних хлопчиків і майже всі хлопчики, які ще не досягли пубертата (для дівчаток даних немає). Подразнення і стимуляція геніталій викликають у дітей приємні відчуття і підвищений

інтерес до цих частин тіла, тому педіатри рекомендують батькам уникати таких дотиків, вибирати для дитини вільний одяг і т. п. Найбільш поширені вияви «сексуальних інтересів» у дошкільнят – запитання на цю тему і розглядання чужих або показ власних геніталій. Широко поширені серед дошкільнят так звані соціосексуальні ігри (в «тата-маму», в «лікаря»), в яких діти іноді демонструють один одному свої геніталії, обмацують один одного або навіть імітують статевий акт. Ігри, що включають показ або обмацування геніталій, з однолітками протилежної статі в своєму дитячому (допубертатному) досвіді ретроспективно визнали половина чоловіків і близько третини жінок з «очищеної» вибірки Кінзі, з однолітками власної статі – 54,4% чоловіків і 34,8% жінок.

Зрозуміло, поширеність дитячих генітальних ігор та їх техніка можуть бути істотно різними у різних соціальних, культурних і етнічних середовищах; у Кінзі ці показники значуще корелюють з освітнім рівнем респондентів. Самі терміни «коїтальна гра», «гомосексуальна гра» умовні й неточні, оскільки вони описують поведінку, не розкриваючи її суті. Мотиви участі в таких іграх можуть бути найрізноманітнішими. Дуже часто в них немає нічого еротичного, це просто «дослідницька діяльність» або звичайна рольова гра, в ході якої дитина освоюється з певними соціальними ролями і ситуаціями.

Проте широка поширеність таких ігор навіть в умовах жорсткого контролю свідчить про їх психологічну закономірність. Жах дорослих у разі зіткнення з «порочними випадками» перебільшений і може травмувати дитину.

7-10-річна дитина вже знає основні правила пристойності, її поведінка якісно відрізняється від поведінки 3-5-річної. Інтерес до статевого життя, як і деякі форми сексуального експериментування, не зникає, а тільки видозмінюється. Звідси впливає неможливість апріорної, додатної на всі випадки життя, інтерпретації вчинків і запитань дитини. Переважно, як справедливо писав А.С. Макаренко, так звана дитяча статеві цікавість – звичайна

дослідницька діяльність або рольова гра, в якій дитина «приміряє» і програє незнайомі їй ситуації. Якщо маленька дитина настирливо вторгається в заборонну сферу або порушує прийняті в ній правила (наприклад, показує геніталії або говорить «непристойні» слова), то в більшості випадків це не сексуальний, а соціальний експеримент – порушення правила як спосіб його перевірки і пізнання; тут діє та сама логіка, що і в дитячих ігрових «перевертишах», досліджених К. І. Чуковським. Однак в такій грі можуть бути і еротичні моменти. Особливо посилюються вони в період статевого дозрівання.

Статеве дозрівання – центральний психофізіологічний процес підліткового і юнацького віку. Його специфічними функціональними ознаками є менархе (початок регулярних менструацій) у дівчаток і еякулярхе (початок еякуляції, перше сім'явиверження) у хлопчиків. Середній вік менархе коливається від 12,4 до 14,4 року, а вік еякулярхе – від 13,4 до 14 років (Ісаєв, Каган, 1986. З. 149). В основі статевого дозрівання лежать гормональні зміни, які викликають зміни в статурі, соціальній поведінці, інтересах і самосвідомості.

Підвищена секреція статевих гормонів (у 18-літнього юнака вона в 8 раз вища, ніж у 10-літнього хлопчика) пояснює і так звану підліткову (юнацьку) гіперсексуальність, яка виявляється у підвищеній сексуальній збудливості, частих і тривалих ерекціях, бурхливих еротичних фантазіях, мастурбації і т. п. За спостереженнями Каракана та інших дослідників, у дітей і дорослих чоловіків, аж до глибокої старості, ерекції виникають 3-4 рази на ніч і тривають загалом від 2 до 3 годин. У пубертатному періоді кількість таких епізодів коливається від 3 до 11 (в середньому 7), а загальна тривалість ерекції складає в середньому 3-4 години. Часті мимовільні ерекції відбуваються і вдень. Хлопчикам здається, що всі це помічають, і вони нерідко ніякують.

«У чотирнадцять років моє тіло неначе сказилося», – сказав 16-літній юнак, і під цим визнанням могли б підпи-

сатися дуже багато його однолітків.

Гормональні зміни дійсно викликають зміни у будові тіла і нові сексуальні переживання, а нерівномірність фізичного і психосоціального розвитку спонукає підлітка наново осмислювати і оцінювати свою статево і сексуальну ідентичність у всіх її соматичних, психічних і поведінкових виявах. Пубертат якісно змінює структуру статевої самосвідомості, тому що тепер уперше виявляється і закріплюється вже не тільки статева, але й сексуальна ідентичність суб'єкта, включаючи його сексуальні орієнтації.

Поширені у перехідному віці тривоги з приводу свого тілесного вигляду, які нерідко набувають форми синдрому дисморфофобії, часто пов'язані саме зі статевими ознаками або невідповідністю свого тіла стереотипному і завищеному образу маскулітності/фемінності. Такі переживання з приводу повноти, недостатнього зросту, ніби короткого статевого члена (крім великих природних варіацій в довжині статевого члена, позначається оптична ілюзія: власний статевий член хлопчик бачить зверху, а чужий – збоку, тому він може здаватися довшим) і т. п.

Хоч течія пубертата залежить від статевої конституції індивіда і навіть служить її індикатором, гормональні процеси, еротичні переживання і поведінка (мастурбація, сексуальне експериментування) та емоційна прихильність і закоханість розвиваються значною мірою автономно, гетерохронно. Їх співвідношення у різних людей різне, а зміст сексуальних інтересів і еротичних фантазій підлітка здебільшого визначається його дитячими переживаннями, а також культурними нормативами.

У медичній літературі пубертат часто розглядають суто біологічно і до того ж по-нормативістському: в такому-то віці відбувається те і те. Насправді це не тільки фаза біологічного дозрівання, але і певний соціальний перехід (недаремно понад половина архаїчних суспільств, обстежених подружжям Пейдж, супроводжують менархе особливими ритуалами), причому і біологічні, і соціальні процеси, що охоплюються поняттям пубертата, надто нерівномірні, ге-

терохронні, мають рухомі кордони і численні індивідуальні варіації.

Наприклад, початок менструацій, як і їх продовження, залежить від ряду конкретних умов, зокрема зміни маси тіла. У дівчаток-гімнасток і балерин, які підтримують стабільну масу тіла, менархе настає на рік і навіть на декілька років пізніше, ніж в інших. Більше того, пубертатний статус може начебто регресувати. Дівчатка-підлітки і юні дівчата, які страждають нервово-психічною анорексією, втративши понад 15% маси тіла, припиняють менструювати, а їх гормональна секреція за рядом компонентів повертається до препубертатного типу. У тому ж напрямі, незалежно від схуднення, може діяти психічний стрес. Наприклад, у багатьох англійських школярок у період екзаменів менструальні цикли ставали нерегулярними.

Ще більш мінливі соціальні аспекти пубертата: когортна (поколінна) динаміка темпів статевого дозрівання, їх збіг за часом з тими або іншими соціальними переходами і життєвими подіями.

Нарешті, суб'єктивний, психологічний бік справи – як сам підліток сприймає, переживає і оцінює пубертатні зміни і події (менархе, нічні полюції, зміна тілесного вигляду), чи підготовлений він до них, викликають вони переляк або радість і т. п. Це залежить як від соціальних умов розвитку, включаючи статево освіту, так і від індивідуальних особливостей підлітка.

На сексуальну поведінку підлітка впливають не тільки темп статевого дозрівання, але й соціальні чинники. Сексуальна поведінка підлітків пов'язана з дуже широким колом соціальних і психологічних чинників.

Американські дослідники на основі даних репрезентативного обстеження 12-17-літніх підлітків (7514 чоловік) шляхом детального лікарського огляду і інтерв'ювання встановили, що вік, коли підлітки починають залицятися (призначати побачення), значуще корелює з їх індивідуальним статевим дозріванням, але його залежність від хронологічного віку значно більша. Іншими словами, під-

літки починають залицятися не лише залежно від власної статевої зрілості, але й відповідно до культурних норм їх вікової групи, шкільного класу і т. п. У дітей з передчасним статевим дозріванням фізіологічна зрілість у більшості випадків не супроводиться ранньою статевою активністю, їхні сексуальні інтереси більше відповідають їх психічному ніж гормональному, віку.

Психологічні чинники мають вирішальне значення і при оцінці такого типового явища підліткової та юнацької сексуальності, як мастурбація. Як справедливо помічає Г.С. Васильченко, стара суперечка про шкоду або користь мастурбації значною мірою пояснюється неправильною постановкою питання. Існує не один, а декілька типів мастурбації, що мають між собою вельми мало загального: дитяча генітальна гра, не пов'язана із сім'явиверженням і оргазмом; мастурбація періоду юнацької гіперсексуальності; мастурбація як тимчасова заміна нормального статевого життя у дорослих; вимушена, нав'язлива мастурбація, яка витісняє інші форми статевого життя, і т. п.

Підліткова та юнацька мастурбація статистично наймасовіша; за даними різних дослідників, їй віддають данину 70-90% чоловіків і 30-60% жінок. За даними Кінзі, нею займалися 93% чоловіків і 62% жінок, причому «пік» у чоловіків припадає на підлітковий та юнацький вік. За даними Штарке і Фрідріха, середній вік початку мастурбації у хлопчиків – 14,4, у дівчаток – 15,6 року; найінтенсивніше мастурбують 14 – 15-річні хлопчики.

Підліткова мастурбація слугує засобом розрядки статевого напруження, яке викликається фізіологічними причинами (переповнення насінневих пухирців, механічне подразнення геніталій і т. п.). У той самий час вона стимулюється психічними факторами: прикладом однолітків, бажанням перевірити свою статево потенцію, отримати фізичне задоволення і т. п. У багатьох хлопчиків мастурбація викликає першу еякуляцію, причому чим раніше дозріває підліток, тим ймовірніше, що він мастурбує. Інтенсивність і частота мастурбації індивідуально варіюють, але у чоло-

віків вона значно вище, ніж у жінок.

Не підтверджується теза про те, що юнацька мастурбація знижує статеву потенцію дорослого. Гігієнічні рекомендації уникати чинників, які сприяють статевому збудженню підлітків, цілком обґрунтовані, але перебільшувати небезпеку не треба. Як пише А.М. Свядоц, «помірна мастурбація в юнацькому віці звичайно носить характер саморегулювання статевої функції. Вона сприяє зниженню підвищеної статевої збудливості і не є шкідливою».

За даними Г.С. Васильченка, більше всього мастурбантів серед сексуально здорових і, навпаки, більше всього тих, хто ніколи не мастурбував, серед чоловіків з найбільш тяжкими розладами потенції. За даними А. Кінзі та А.М. Свядоца, у жінок, які займалися мастурбацією до початку статевого життя, аноргазмія зустрічається втричі рідше, ніж у тих, які ніколи не мастурбували. Деякі сексопатологи навіть рекомендують мастурбацію як один із засобів лікування жіночої фригідності та аноргазмії. Зрозуміло, тут немає причинного зв'язку. Страх перед мастурбацією часто пов'язаний із загальним негативним ставленням до сексуальності, пригніченістю емоційних реакцій, які негативно позначаються на статевому житті індивіда. Тут також існують проблеми психологічного порядку. Оргазм, який досягається під час мастурбації, неповноцінний в тому значенні, що статеве задоволення замикається на самому суб'єкті; тут немає комунікативного начала – важливого компонента дорослої сексуальності. Механічна мастурбація закріплює в свідомості підлітка уявлення про «секс» як про щось брудне і низьке, а доступність цього способу задоволення може гальмувати вступ до більш складних і проблематичних гетеросексуальних відносин. Умовнорефлекторне закріплення мастурбаторних фантазій може створити у підлітка нереалістичний еталон, у порівнянні з яким його реальний сексуальний досвід, спершу майже завжди пов'язаний з відомими труднощами, може видаватися таким, що розчаровує.

Нарешті, древнє табу й уявлення щодо порочності та

небезпеки мастурбації глибоко вкорінилися в свідомості підлітка. Тому мастурбація залишає у багатьох почуття провини і страху перед наслідками. Намагаючись боротися з «поганою звичкою» (найбільш м'яке висловлення, уживане дорослими), підліток звичайно, як мільйони людей до нього (але він-то цього не знає), зазнає поразки. Це викликає у нього сумнів у цінності власної особистості, особливо вольових якостей, знижує самоповагу, спонукає сприймати труднощі й невдачі в навчанні і спілкуванні як наслідок своєї «вади». Це не тільки несе неприємні переживання, але іноді сприяє розвитку невротичних реакцій. Багато хто з чоловіків схильний вважати підліткову мастурбацію причиною своїх дорослих сексуальних труднощів, а у жінок вона часто пов'язана із заниженою самоповагою. Фактично ж при нормальному розвитку, після початку стабільного статевого життя мастурбація або припиняється, або різко знижується, залишаючись одним з можливих додаткових засобів сексуального задоволення.

Стосовно підлітків і юнаків турбувати має не сам факт мастурбації (оскільки вона масова) і навіть не її кількісна інтенсивність (оскільки індивідуальна «норма» пов'язана зі статевою конституцією), а тільки ті випадки, коли мастурбація стає нав'язливою, шкідливо впливаючи на самопочуття і поведінку старшокласника. Однак і тоді вона – не стільки причина поганої соціальної адаптації, скільки її симптом і наслідок.

Раніше, коли мастурбація вважалася причиною нетовариськості, замкненості підлітка, всі сили спрямовували на те, щоб відучити його від цієї звички. Результати були, як правило, нікчемними і навіть негативними. Зараз роблять інакше. Замість того, щоб втлумачувати підлітку, як погано бути онаністом (все це тільки збільшує його тривогу), намагаються тактовно поліпшити його комунікативні якості, допомогти зайняти прийнятне становище у товаристві однолітків, принадити цікавою колективною справою, спортом. Як показує досвід, ця позитивна педагогіка набагато ефективніша.

Найскладніша проблема психосексуального розвитку в підлітковому і ранньому юнацькому віці – формування сексуальної орієнтації, тобто системи еротичних переваг, потягу до осіб протилежної (гетеросексуальність), своєї (гомосексуальність) або двох статей (бісексуальність).

Люди, які ведуть виключно гомосексуальний спосіб життя, становлять приблизно 2-5% чоловічого і 1-2% жіночого населення. Однократний або тимчасовий потяг до осіб своєї статі й сексуальні контакти з ними трапляються значно частіше, особливо в надпідлітковому (10-12) і підлітковому (до 15 років) віці.

Всупереч поширеній думці, що підлітків «спокушають» дорослі, більшість подібних контактів відбувається між однолітками. З числа американських підлітків, котрі як гомосексуальний досвід мали контакт з дорослими, тільки 12% хлопчиків і менше 1% дівчаток; в інших – першим партнером був одноліток або підліток ненабагато старший або молодший (Соренсен, 1973). Понад 60% чоловіків-гомосексуалістів, обстежених А. Кінзі (1948), пережили перший гомосексуальний контакт між 12 і 14 роками, причому в 52,5% випадків партнером було також від 12 до 15 років, у 8% він був молодшим, у 14% це були 16-18-річні юнаки і тільки в інших – дорослі.

Особливо складну проблему підліткової сексуальності являють собою гомоеротичні почуття і контакти. Однак стабілізація сексуальної орієнтації – не єдине завдання психосексуального розвитку в перехідному віці. Не менш складним є формування здатності кохати, яка передбачає поєднання чуттєвості й ніжності. Ще З. Фрейд зазначав, що в свідомості хлопчика-підлітка почуттєво-еротичний потяг і потреба у психологічній близькості і теплі спочатку роз'єднані, тому грубі, позбавлені всякої духовності, еротичні фантазії нерідко співіснують з мрією про ніжну і піднесену любов, в якій немає нічого сексуального.

Така роздвоєність почуттів зумовлена, з одного боку, суперечністю культурних норм («чиста любов» на противагу «брудному сексу»), а з іншого – труднощами психо-

сексуального розвитку, характерна і для сучасних підлітків та юнаків. Педагогіка традиційно піклувалася про придушення у підлітків чуттєвості шляхом табування тілесних переживань, «брудних розмов» і т. п. Однак обговорення заборонних тем з однолітками не тільки допомагає підлітку отримати інформацію, в якій йому відмовляють дорослі, але й усвідомити природність своїх переживань і частково розрядити їх напруженість, ослабити страх сміхом. Як не огидна підліткова похабщина, у відомому значенні вона виконує такі ж самі функції, що і «сміхова сексуальність» дорослої культури. Хлопчики-підлітки, яких нестримно тягне говорити на ці теми, зовсім не обов'язково зростають емоційно ущербними. Труднощі психосексуального порядку, мабуть, частіше зустрічаються у тих, хто стоїть збоку, чиї еротичні переживання не знаходять вербалізації і тому йдуть углиб і закріплюються.

Не в змозі прийняти власну сексуальність, яка формується, такі підлітки несвідомо намагаються відсторонитися, сховатися від «фактів життя» за допомогою психологічних захисних механізмів. Один з них, детально описаний Ганною Фрейд, – аскетизм, підкреслено презирливе і вороже ставлення до всякої чуттєвості, яка здається такому підлітку низькою і брудною. Його ідеалом стає не просто контроль над своїми почуттями, а повне їх придушення. Інша типова підліткова захисна установка – інтелектуалізм. Якщо «аскет» хоче позбутися чуттєвості, оскільки вона «брудна», то «інтелектуал» знаходить її «нецікавою». Хоч вимоги моральної чистоти і самодисципліни самі по собі цілком позитивні, їх гіпертрофія спричиняє штучну самоізоляцію від навколишніх, зарозумілість і нетерпимість, за якими криється страх перед життям.

Жоден морально відповідальний дорослий не стане спеціально подразнювати і розпалювати підліткову сексуальність, але і надто жорстко табувати її природні вияви не треба. Це може викликати зворотний ефект – таємну і внаслідок цього хворобливу одержимість заборонним «сексом» або ірраціональний страх, який негативно позначить-

ся на статевому житті дорослого. Багато психосексуальних порушень коріняться в помилках статевого виховання.

Здорова сексуальність передбачає не тільки прийняття власної чуттєвості і тілесного «Я», але і вироблення цілої системи морально-комунікативних якостей і навичок, які можна набути тільки у практичному спілкуванні з іншими людьми. А.С. Макаренко був глибоко правий, коли писав, що людська любов «не може бути вирощена просто з надр простого зоологічного статевого потягу. Сили «любовної» любові можуть бути знайдені тільки в досвіді сексуальної людської симпатії. Молода людина ніколи не буде любити свою наречену і дружину, якщо вона не любила своїх батьків, товаришів, друзів. І чим ширше область цієї сексуальної любові, тим благородніше буде і любов статева».

За даними К. Штарке і В. Фрідріха, сексуальне задоволення і психічне благополуччя дорослої людини багато в чому залежать від морально-психологічної атмосфери, в якій проходило її дитинство. Довірчі стосунки з батьками, особливо з матір'ю, загальна емоційна розкутість і відвертість сімейних відносин, терпиме, світське ставлення батьків до тіла і наготи, відсутність жорстких вербальних заборон, готовність батьків відверто обговорювати з дітьми хвилюючі їх делікатні проблеми – всі ці чинники полегшують дитині формування здорового ставлення до сексуальності. Однак вони, в свою чергу, залежать від безлічі соціокультурних умов: освітнього рівня батьків, моральних принципів, засвоєних ними у дитинстві, їх власного сексуального досвіду, а також від загальних ціннісних орієнтацій культури, на які усвідомлено або неусвідомлено рівняються індивідуальні сімейно-побутові відносини, вербальні заборони, тілесний канон і т. п. Ігнорувати ці історичні, передусім національні, відмінності і намагатися насильно ламати їх – безглуздо і небезпечно.

Крім сімейних умов, важливим чинником психосексуального розвитку людини є досвід різностороннього, з раннього дитинства, спілкування між хлопчиками і дівчатками. Численні спостереження за дітьми показують, що

комунікативні властивості особистості, її здатність до емоційного співпереживання, душевної відвертості багато в чому залежать від дружніх відносин з протилежною статтю в дитинстві. Не треба побоюватись дитячої і підліткової закоханості. Хоч вони часом завдають дорослим багато клопоту, в довгостроковій перспективі відсутність таких контактів набагато небезпечніша.

Взаємовідносини юнаків і дівчат зіштовхують їх з безліччю моральних проблем. Старшокласники гостро потребують допомоги старших, передусім батьків і вчителів. Але одночасно вони хочуть – і мають на це повне право! – захистити своє інтимне коло від безцеремонного вторгнення і підглядання.

В.О. Сухомлинський абсолютно справедливо вимагав «гнати з школи нескромні і непотрібні розмови про любов вихованців. Жодного слова про те, хто в кого закоханий. Ні найменшого натяку на те, що один п'ятнадцятилітній підліток назвав «обмацуванням серця залізними рукавицями». Любов повинна назавжди, на все життя залишитися для людини найсвітлішим, найінтимнішим і недоторканим». (Сухомлинський, 1971. З. 223).

Незважаючи на всю демократизацію взаємовідносин між юнаками і дівчатами, психологічно вони зовсім не такі елементарні, як часом здається дорослим. Сучасний ритуал залицяння простіше традиційного, проте він ніде не кодифікований, що створює нормативну невизначеність. Характерно, що велика частина запитань, які ставлять підлітки та юнаки, стосується не стільки психофізіології статевого життя, всієї складності якої вони ще не усвідомлюють, скільки її нормативної сторони: як треба поводитись у ситуації залицяння, наприклад, під час побачення, коли можна (і треба) цілуватися і т. п.

Заклопотаність ритуальною стороною справи іноді є настільки сильною, що молоді люди залишаються глухими до переживань одне одного, навіть власні почуття відступають перед питанням, чи «правильно» вони поведуться з точки зору норм своєї статевої групи. Залицяння –

це гра за правилами, які, з одного боку, вельми жорсткі, а з іншого, – зовсім невизначені. Не піклуватися про ці правила може лише той, хто вже оволодів ними або ж цілком поглинений коханням. Перше дається досвідом, друге – глибиною і зрілістю почуття. Це стосується не тільки ритуалу знайомств, побачень, поцілунків, але і самої інтимної близькості. Хронологічна відстань від знайомства і закоханості до статевої близькості у сучасної молоді значно коротша, ніж раніше. Нинішні юнаки і дівчата починають статеве життя набагато раніше, ніж їх однолітки в минулому. У країнах Європи понад половини юнаків і 30-40% дівчат починають статеве життя до 18 років. За даними опитування, проведеного в США в 1986 р., 57% 17-літніх вже мали сексуальний досвід. Для 16-річних ця цифра становила 46%, для 15-річних – 29%, а для 14-річних – 19% (Кун Д., 2002).

Статеві відмінності. За даними естонських вчених, як основний мотив першого зближення юнаки називають передусім цікавість (його назвали 45% чоловіків, що пережили цю подію в 15 років, – перша підгрупа і 51% в 16-17 років – друга підгрупа), далі вказувалося кохання (15% в першій, 20,5% у другій підгрупі) і наполягання партнера (відповідно 15 і 19,2%).

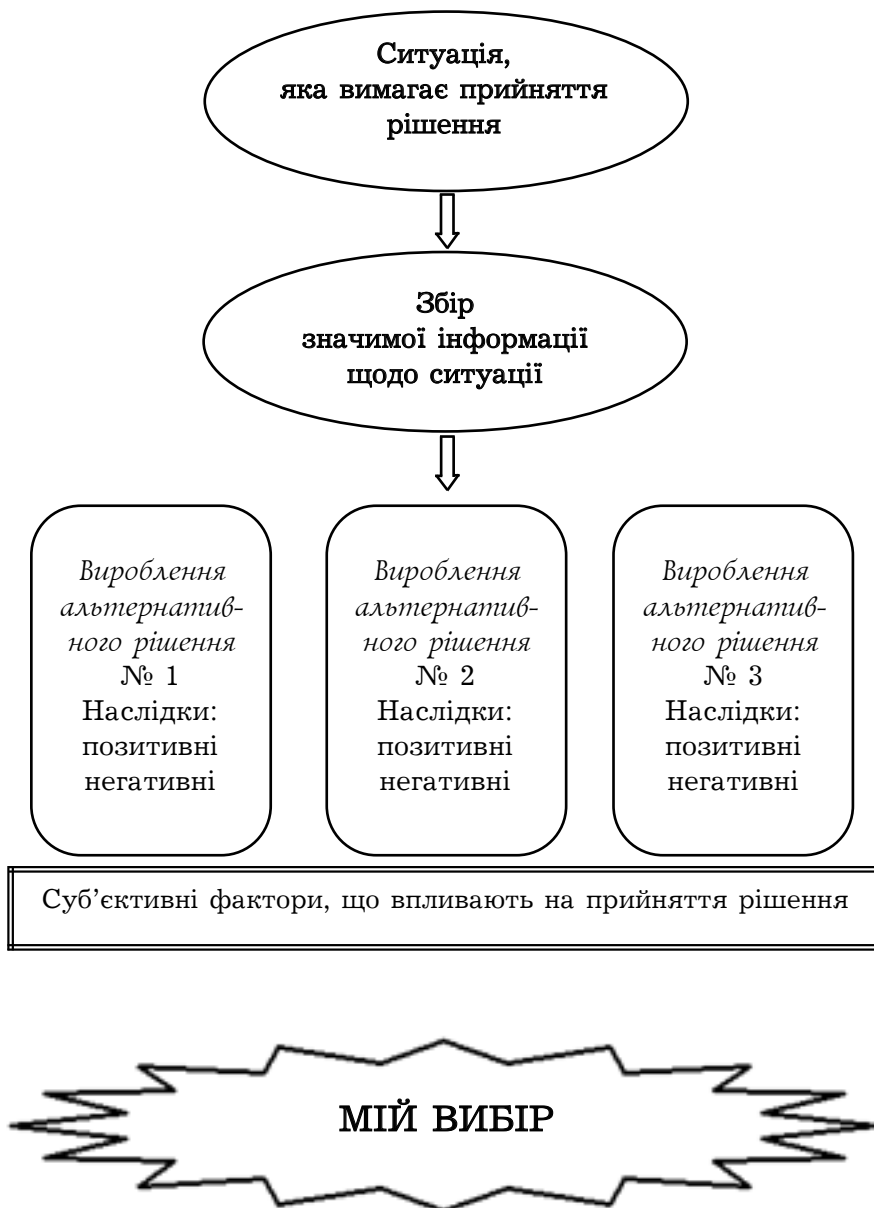
Жінки посилаються на цікавість рідше (12,5-13% за тими ж підгрупами), на першому місці у них стоїть кохання (25 і 42,6%), на другому – наполягання партнера (25 і 21%). Крім того, жінки, які почали статеве життя до 15 років, часто посилаються на економічні міркування (25%), а чоловіки – на фізичну потребу (5% в першій підгрупі, 16,4% у другій, 21,3% серед тих, хто почав статеве життя у 18-21 рік).

При опитуванні великої групи студентів з різних вузів Росії як основні мотиви вступу в статевий зв'язок були названі кохання (28,8% чоловіків і 46,1% жінок), приємне проведення часу (відповідно 20,2 і 11,4%), прагнення до отримання задоволення (18,1 і 9,2%), бажання емоційного контакту (10,6 і 7,7%), передбачуваний вступ до шлюбу (6,6

і 9,4%), самоствердження (5,5 і 3,6%), цікавість (4,9 і 5,6%), престижність (4,1 і 4,8%) і розширення почуття свободи, незалежності (1,8 і 2,2%) (див.: Голод, 1984. З. 23; Исаев, Каган, 1988).

Однак, незалежно від мотивації і етичної сторони справи, сексуальна ініціація, тобто перша статева близькість, часто нагадує екзамен. Хоч ця подія передбачається в мріях і їй, як правило, передують певна підготовка (петтінг і т. п.), вона нерідко пов'язана з психологічними труднощами. Недосвідчений юнак іноді боїться невдачі (відсутності ерекції або передчасної еякуляції), дівчина не упевнена в своїй сексуальній привабливості, обох можуть шокувати незвичні тілесні запахи, насіннева рідина, і зволоження піхви іноді сприймаються як «бруд» і т. п. Велика кількість незнайомих відчуттів і сама ситуація «перевірки», «випробування» примушують молодих людей прислухатися більше до власних переживань, ніж до почуттів партнера, що аж ніяк не сприяє «самозабуттю». Згідно з традиційними нормами провідна роль у сексуальній ініціації належить чоловіку, який «вчить» жінку сексу, примушуючи жіноче тіло «звучати». У минулому, коли чоловіки, принаймні пануючих класів, набували першого сексуального досвіду у будинках розпусти або зі старшими жінками, а потім передавали його своїм молодим і нетямущим дружинам, переважно так воно і було. Сьогодні сексуальна ініціація частіше відбувається між однолітками, які однаково недосвідчені. Юнаки намагаються перебільшувати, а дівчата – приховувати свою навченість досвідом. Однак досвід мастурбації або короткостроковий сексуальний контакт ще не робить хлопчика чоловіком. Не знаючи особливостей жіночої психофізіології, він чекає реакції, схожих на його власні. У такому самому становищі опиняється і дівчина, яка до того ж мусить приховувати свої бажання, щоб не поставити партнера в образливе для його чоловічого достоїнства становище «учня». Звідси – більша, ніж в минулому, – необхідність систематичної, зокрема сексологічної, підготовки молоді до шлюбу.

Алгоритм прийняття рішення



Література

1. **Збереження** та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод. матеріали до тренінгу/Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець; За заг. ред. Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 205 с.
2. **Авельцева Т. П., Зимівець Н. В., Голоцван О. А.** та ін. **Вирішувати нам:** Метод. рек. з проведення тренінгів підлітками-інструкторами: Посібник. – К.: Навч. кн., 2002. – 255 с.
3. **Вестхеймер Р. К.** **Энциклопедия сексуальности человека/Пер. с англ. О. А. Кутуминой.** – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
4. **Ворник Б. М., Голоцван К. О., Коломієць В. П.** Модуль «Прояви турботу та обачливості»: Навч.-метод. посіб. – К., 2002. – 152 с.
5. **Говорун Т. В.** **Сексуальність та статеве поведінка в Україні: Пробл. сьогодення та перспективи/Т. В. Говорун, Б. М. Ворник.** – К., 1995. – 51 с.
6. **Говорун Т.** **Стать та сексуальність: Психол. ракурс/Т. Говорун, О. Кікінежді.** – Т., 1999. – 381 с.
7. **Еникеева Д. Д.** **Сексуальность детей и подростков.** – М.: Эксмо, 2003. – 416 с.
8. **Лебедева Н. Т.** **Школа и здоровье учащихся.** – Минск, 1998. – 221 с.
9. **Каган В. Е.** **Воспитателю о сексологии.** – М.: Педагогика, 1991. – 256 с.
10. **Кон И. С.** **Введение в сексологию.** – М.: Медицина, 1988. – 319 с.
11. **Кон И. С.** **Подростковая сексуальность на пороге XXI века: Соц.-пед. анализ.** – Дубно: Фенікс+, 2001. – 208 с.
12. **Роджерс Е.** **Популяризація здорового способу життя: роздуми над деякими сучасними тенденціями/Міжнар. федер. соц. прац., Християн. дит. фонд, Укр. асоц. соц. педагогів та спеціалістів з соц. роботи.** – К., 2003.
13. **Соковня И. И.** **Социальное взросление и здоровье школьников. Воспитание в современной школе.** – М.: Просвещение, 2002.

14. **Влияние** образования в области ВИЧ-инфекции и сексуального здоровья на сексуальное поведение молодежи: актуализация обзора/ЮНЕЙДС, 1997.

15. **Громада** як осередок соціальної роботи з дітьми та сім'ями: Метод. матеріали для тренера/Авт.-упоряд.: О. В. Безпалько, Т. П. Авельцева, О. М. Петрик, Г. О. Притиск; За заг.ред. І. Д. Звереві. – К.: Наук.світ, 2004. – 69 с.

16. **Детская** сексология: Шк. илл. справ./Пер. с англ. Е. В. Комиссарова. – М.: РОСМЭН, 2001.

17. **Иллюстрированный** сексологический словарь/Под ред. д-ра мед. наук В. М. Блейхера. – Донецк, 1992.

18. **Конструювання** і впровадження програм щодо формування здорового способу життя: Робочі матеріали тренінгу/Міжнар. федер. соц. прац., Християн. дит. фонд, Укр. асоц. соц. педагогів і спеціалістів із соц. роботи. – К., 2001.

19. **Модуль** «Твоє життя – твій вибір»/Федорченко Т. Є., Сомова І. Г., Зимівець Н. В., Лещук Н. О., Авельцева Т. П. – К.: Міленіум, 2002. – 164 с.

20. **Новые** подходы в сфере охраны общественного здоровья и формирования здорового образа жизни/Международ. федерация соц. работников, Христиан. дет. фонд, Укр. асоц. соц. педагогов и специалистов по соц. работе. – К., 2002.

21. **Психология** здоровья: Учеб. для вузов/Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.

22. **Психология** подростка: Учебник/Под ред. чл.-кор. РАО А.А. Реана. – СПб.: Прайм-Евро-ЗНАК, 2003. – 480 с.

23. **Репродуктивне** здоров'я та статеве виховання молоді: Монографія/А. М. Нагорна, В. В. Безпалько. – К.: Вид-во Європейс. Ун-ту, 2004 – 407 с.

2.7. Репродуктивне здоров'я підлітків

Мета: сприяти формуванню навичок збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я у підлітків шляхом надання відповідної інформації та використання інтерактивних просвітницьких форм навчання.

Завдання:

– розкрити зміст понять «здоровий спосіб життя», «репродуктивне здоров'я», «сексуальне здоров'я» та їх основні складові;

– розглянути значення відповідального ставлення до власного здоров'я;

– сприяти формуванню навичок прийняття рішення та відповідальної поведінки;

– надати інформацію про установи та організації, які надають допомогу та підтримку підліткам у вирішенні проблем, що стосуються репродуктивного здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, здоровий спосіб життя, репродуктивне здоров'я, сексуальне здоров'я, сексуальність, закоханість, кохання, безпечний секс, відповідальна поведінка, прийняття рішення.

Необхідне забезпечення: фліпчарт – 1 шт.; альбоми для фліпчарту – 5 шт.; маркери чотирьох кольорів – 20 шт.; блокноти – 18 шт.; ручки – 18 шт.; папки – 18 шт.; папір А4 – 1 пачка; папір різнокольоровий А4 – 1 пачка; post-it різнокольорові – 4 набори; клубок кольорових ниток – 1 шт.; парафінова свічка – 1 шт.; мультимедійний проектор, ноутбук, колонки – 1 набір; фільм на диску «Процеси зачаття, вагітності та народження» – 1 шт.; набір проблемних ситуацій – 5 шт.; роздатковий матеріал щодо організацій та установ регіону, які надають допомогу підліткам у сфері збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я – 18 наборів.

Тривалість: 4 дні по 7 годин.

План проведення

Перший день

1. Організаційна частина.
2. Мозковий штурм «Моє розуміння життєвих цінностей».
3. Інформаційне повідомлення «Загальнолюдські цінності».
4. Визначення та обговорення з учасниками трьох найважливіших цінностей для групи.
5. Керована дискусія «Здоров'я як цінність».
6. Обговорення ієрархії потреб людини та зв'язку базових потреб та здоров'я.
7. Робота у групах. Визначення понять «здоров'я», «здоровий спосіб життя» та «відповідальність», а також взаємозв'язку між ними.
8. Дискусія «Складові здорового способу життя».
9. Індивідуальний малюнок «Моє майбутнє, або чого я хочу досягти», обговорення у групі.
10. Дебати: вплив здоров'я та здорового способу життя на успішність людини.
18. Підведення підсумків дня.

Другий день

1. Вступ і рефлексія інформації та досвіду першого дня.
2. Визначення поняття «репродуктивне здоров'я», обговорення його зв'язку з поняттям «здоров'я».
3. Інформаційне повідомлення «Репродуктивне здоров'я».
4. Робота у групах «Від чого залежить репродуктивне здоров'я?»
5. Інформаційне повідомлення «Статеві особливості хлопців та дівчат у підлітковому віці».
6. Відео-фільм «Процеси зачаття, вагітності та народження». Обговорення.
7. Визначення загроз для репродуктивного здоров'я людини та причин їх виникнення.
8. Мозковий штурм «Що я знаю про інфекції, які передаються статевим шляхом».
9. Інформаційне повідомлення «Інфекції, що передаються статевим шляхом та їх наслідки».

10. Обговорення у групі бажаної та небажаної вагітності.
11. Робота у малих групах «Аборт та його наслідки для організму дівчини та жінки; наслідки абортів для чоловіка».
12. Інформаційне повідомлення «Наркотики та алкоголь і їх вплив на репродуктивне здоров'я».
13. Робота у малих групах «Вплив на поведінку підлітків ЗМІ та моди».
14. Визначення учасниками шляхів нейтралізації негативних факторів, що впливають на репродуктивне здоров'я.
15. Робота у малих групах «Створення програми подолання негативних факторів» – кожна мала група працює над обраною нею проблематикою.
16. Підведення підсумків дня.

Третій день

1. Вступ та рефлексія інформації й досвіду другого дня.
2. Обговорення зв'язку репродуктивного здоров'я, дружби, закоханості та кохання.
3. Дискусія «Що означає фраза «Кохати по-справжньому»».
4. Обговорення «Що таке партнерські стосунки?»
5. Мозковий штурм «Що таке сексуальність?»
6. Інформаційне повідомлення «Поняття «сексуальність» та його складові».
7. Обговорення складових сексуальності.
8. Дискусія «Сексуальність та сексапільність: відмінність даних понять».
9. Обговорення у малих групах «Прийняття рішень щодо сексуальної поведінки».
10. Дискусія «Утримання».
11. Визначення зв'язку сексуального здоров'я та відповідальної поведінки.
12. Створення у малих групах дерева роду.
13. Індивідуальна робота «Я і моя майбутня сім'я». Обговорення.
14. Робота у міні-групах «Зв'язок репродуктивного здоров'я, способу життя, поведінки та майбутнього людини».
15. Обговорення у колі «Моя сімейна реліквія».

16. Підведення підсумків дня.

Четвертий день

1. Вступ та рефлексія третього дня роботи.

2. Мозковий штурм «Проблеми звернення підлітків за допомогою з питань репродуктивного здоров'я до фахівців».

3. Вирішення проблемних ситуацій у міні-групах.

4. Робота у малих групах «Локальні ініціативи підлітків» – створення проєктів, спрямованих на збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я однолітків.

5. Робота у міні-групах «Створення інформаційного порадилика «Від ровесника ровеснику».

6. Обговорення у великій групі «Заклади, які надають соціальні послуги дітям, молоді та сім'ям».

7. Підведення підсумків роботи.



Інформаційні матеріали

Цінності у житті людини. Здоров'я як цінність

Ціннісні орієнтації – це світоглядні, моральні переконання, стійкі уявлення, принципи поведінки, глибокі і постійні прихильності людини. Саме через культурні цінності людина задовольняє свої потреби, і саме існування цінностей відрізняє людину від тварин.

Отже, орієнтація на цінності є характерною рисою людського життя. Протягом багатовікової історії суспільства люди виробили здатність виділяти в навколишньому світі предмети і явища, які здобували для них особливу значимість і до яких вони мали особливе ставлення: цінували й оберігали їх, прагнули до оволодіння ними, орієнтувалися на них у своїх діях і прагненнях.

Люди цінували дари природи, що служили для них їжею; вони цінували тварин, яких приручали і використовували як знаряддя праці; вони цінували все, що полегшувало їм життя чи принаймні здавалося, що допомагає жити, обгороджує від страждань, лих і нещастя.

Ці початкові ціннісні орієнтації, цінності і ціннісні відносини людей до навколишнього світу з розвитком суспіль-

ства зазнавали істотних змін у процесі формування насущних потреб, прагнення до їхнього задоволення.

В етичному словнику «*благо*» є найбільш загальною категорією, еквівалентною поняттю цінності. Можна сказати, що благом є усе, що є для людей цінним, а можна стверджувати і зворотнє: усе, що становить для людей цінність, є благо.

У залежності від характеру потреб і способів їхнього задоволення цінності підрозділяються на *матеріальні і духовні*.

У найзагальнішому виді розходження матеріальних і духовних цінностей полягають у тому, що перші пов'язані із задоволенням винятково практичних нестатків, й тому їхнім мірилом виступає практична корисність предметів; другі ж, як правило, характеризують вищі запити людей, тому критерії їхнього виділення інші.

Цінності в житті суспільства виступають соціально-значимими орієнтирами діяльності людей. Вони є чимось більш високим, ніж звичайна зацікавленість людини. Цінності становлять фундамент культури.

Культура є цементом будівлі суспільного життя, а цінності – осередком духовного життя суспільства. Культура встановлює, що таке цінність, що – антицінність. Люди, які поділяють однакові цінності, становлять соціальні групи, об'єднуючись у політичній, економічній боротьбі, спрямовуючи, таким чином, історію в певному напрямі.

Суспільні цінності формуються поступово, через відбір певних видів поведінки і досвіду людей. Спочатку вони з'являються як сукупність звичок, прийомів людського побуту, специфічні форми поведінки, що передаються від покоління до покоління як ознаки власне людського способу життя, відмінні від тваринних, інстинктоподібних. З часом ці прийоми побуту закріплюються, схематизуються в таких нормативних утвореннях, як традиції, обряди, звичаї, ритуали. У них кодуються еталони суспільно схваленої поведінки людей. У подальшому вартісні взірці транслюються, зберігаються і передаються через соціальні інститути:

установи освіти, виховання, масової інформації, релігії, політики, права тощо. Підсумком і метою тривалого прищеплювання ціннісних якостей є формування людської психології, ментальності, способу життя членів у потрібному, характерному для даного типу суспільства напрямі.

Свій ціннісний світ людина вибудовує в процесі предметно-практичної діяльності. А будь-який акт діяльності включає в себе ідеальний момент, під час якого складається задум дії, її ідеальна мета, план реалізації, а також життєвий смисл цієї діяльності, загалом те, задля чого здійснюється вся дія. Саме цей момент діяльності і характеризує категорія цінності. Генетично цінності в процесі суспільної практики акумулювали в собі потреби, інтереси, емоційні переживання суб'єкта.

Важливу роль у ціннісному ставленні до дійсності відіграють емоційні переживання, пристрасті. Завдяки емоційному переживанню відбувається внутрішнє освоєння життєвих ситуацій, надається їм особистісний смисл. Саме з емоційного ставлення виникає відчуття значимості явищ, суб'єктивне поцінування їх. У свою чергу цінності надають емоціям глибини, значущості, перетворюючи їх у стійкі почуття. Завдяки емоціям у ціннісних актах людині дана вона сама, її суб'єктивно-психологічне ставлення до дійсності.

Ціннісні орієнтації можуть формуватись у будь-якій сфері життєдіяльності.

Більшість вчених вважають, що найглибшою основою загальнолюдських цінностей є такі спільні для всього людського роду біологічні фактори, як наявність двох статей, потреба в їжі, теплі, потреба в тривалій соціалізації дітей.

До базових, загальнолюдських цінностей також належать ті цінності, що дозволяють зберегти життя та людський рід. Це цінності власне життя, здоров'я, добра (блага), свободи, користі, істини, правди, творчості, краси, віри.

Найвищі цінності кожної конкретної людини відображають її фундаментальні відношення та потреби, складають фундамент індивідуального світогляду. Які цінності мо-

жуть стати найвищими для людини, залежить від багатьох обставин. Що для людини є найважливішим, вона з'ясовує на рівні фундаментального вибору, коли визначає свою особистість. Такими цінностями можуть бути: здоров'я, сім'я, кохання, свобода, мир, держава, праця, істина, честь, споглядання, творчість тощо. Отже, визначення цінностей як вищих здійснюється на рівні індивідуального вибору.

У житті людини вищі цінності визначають сенс її існування, з якого випливають усі спрямованості, погляди, поведінка даної особи. Саме тому ціннісні орієнтації є дуже важливими регуляторами поведінки та діяльності, власне, те саме можна сказати і про цілі, які формуються на підставі цінностей.

(Продовження інформаційного повідомлення бажано озвучити після проведення керованої дискусії «Здоров'я як цінність»)

Здоров'я, спокій та гармонія в самому собі – ніщо інше більшої цінності мати не може. Очевидно, що мова йде не просто про здоров'я фізіологічних систем, а про здоров'я як про повноцінне гармонічне буття людини у всіх його вимірах і аспектах.

Відомий вислів «Бережи честь змолоду». Честь, чистота – це складові здоров'я. А здоров'я є результат невтомного самовдосконалення. Тому що лише самовдосконалення, регулярні зусилля, праця й старанність немовби очищають канали організму, оновлюють його резерви, внутрішні сили, настільки необхідні для підтримки імунітету.

Здоров'я – це цінність, це капітал. На жаль, дійсно здорових людей на планеті мало, хоча більшість із них «практично здорові». А все нездоров'я – це результат бездумності, необачливості, безвідповідальності та духовної занедбаності людей. Формування культури здоров'я можна порівняти з щоденною боротьбою з власними негативними якостями, з хаосом у самому собі. Необхідно постійно відновлювати мир і спокій, не допускати чорних почуттів і злісних думок. І, витрачаючи невеликий час на турботу про самого себе, вигравати роки, навіть десятиліття повноцінного, гарного, висококультурного здорового життя.

Здоров'я – це умова розкриття всіх наших потенціалів, всіх наших позитивних особистісних якостей. Здоров'я – найважливіша з людських цінностей, тому що від володіння нею цілком і повністю залежить все інше – і любов, і кар'єра, і творчість. І цю цінність неможливо купити ні за які гроші, і нею не можна застатися раз і назавжди. Її потрібно регулярно заробляти власною працею. І шлях кожної людини до здоров'я починається з головного – з бажання бути здоровим попри що! Пам'ятаєте мудре запитання К. С. Станіславського «Що робить птах перед тим, як полетіти?» Розправити крила – це друге. Перше, що потрібно зробити птахові, – це зважитись на політ і набрати повні груди повітря.

Література

1. **Авалиани С. Ш.** Природа знания и ценности. – Тбилиси, 1989. – С. 127.
2. **Гуревич П. С.** Философская антропология: Учебное пособие. – М.: Вестник, 1997. – 98 с.
3. **Новейший** философский словарь/Сост. А. А. Грицанов. – Минск: Скакун, 1998. – С. 802.
4. **Социальная** философия. Учебник. – Под редакцией И. А. Гобозова. – М.: Издатель Савин С. А., 2003. – 528 с.
5. **Спиркин А. Г.** Философия: Учебник. – М.: Гардарики, 1999. – 816 с.
6. **Філософія.** Підручник/За заг. ред. проф. М. І. Горлача, проф. В. Г. Кременя, проф. В. К. Рибалка. – Харків: «Консум», 2001. – 314-315 с.
7. **Філософія:** Навч. посіб./Л. В. Губерський, І. Ф. Надольний, В. П. Андрущенко та ін.; За ред. І. Ф. Надольного. – К.: Вікар, 2001. – 457 с.
8. **Философский** энциклопедический словарь/Гл. ред.: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев и др. – М.: Сов. Энциклопедия, 1983 – с. 769.
9. <http://www.aquarun.ru/med/eh/eh5p7.html>

◆ ◆ ◆ Основи здорового способу життя

За переказами, володарі Древнього Сходу платили своїм лікарям тільки тоді, коли самі володарі та члени їхніх сімей були здорові. Корифеї світової й вітчизняної медицини надавали першочергове значення здоров'ю як великому дарові природи. Здоров'я – безцінне надбання не лише кожної людини, але і всього суспільства.

Сьогодні проблема загрози здоров'ю розглядається світовою спільнотою як одна з найнебезпечніших загроз планетарного масштабу. З'явилося нове визначення – *антропологічна катастрофа*. Зміст цього явища полягає в тому, що згідно з основним біологічним законом кожен біологічний вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він був пристосований в ході еволюції. До початку ХХ століття умови існування людини формувала природа і саме до цих умов організм пристосовувався. Але з того часу, як людина охопила своєю діяльністю всю поверхню планети (ХХ століття), вона почала істотно змінювати природу, тобто ті умови існування, до яких була пристосована в своєму історико-біологічному розвитку. Внаслідок зміни умов існування зникають цілі види флори і фауни, а фахівці вважають, що в найближчі 30 років зникне біля 20% існуючих видів живих істот. Проблема здоров'я є актуальною для будь-якої країни, для всього світу в цілому і особливо суперактуальною для тих країн світу, що в силу різних причин відстають в суспільно-економічному розвитку від країн з високим рівнем життя. В останній чверті ХХ століття країни – лідери світової спільноти прилічили проблему здоров'я до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а навіть сам факт його подальшого існування як біологічного виду.

Наукові дані свідчать про те, що більшість людей у разі дотримання ними гігієнічних правил має можливість жити до 100 років і більше. На жаль, багато людей не дотримують самого найпростішого, обґрунтованого наукою здо-

рового способу життя. Одні стають жертвами малорухо- мості (гіподинамії), що викликає передчасне старіння, інші зайвою їжею йдуть до неминучого у цих випадках розвит- ку ожиріння, склерозу судин, а в деяких – цукрового діа- бету, треті не вміють відпочивати, відволікатися від вироб- ничих і побутових турбот, завжди неспокійні, нервові, страждають на безсоння. Інші – палять, вживають спиртні напої або ж навіть наркотичні засоби, власноруч знищу- ючи своє здоров'я.

Здоров'я – це перша і найважливіша потреба людини, яка визначає здатність його до праці та забезпечує її гар- монійний розвиток. Воно є найважливішою передумовою пізнання навколишнього світу, самоствердження і щастя людини. Активне довге життя – це важливе доповнення людського фактора.

Здоровий спосіб життя – це спосіб життя, заснований на принципах моральності, раціонально організований, актив- ний, трудовий, який гартує і у той же час захищає від не- сприятливих впливів навколишнього середовища, що доз- воляє до глибокої старості зберігати моральне, психічне і фізичне здоров'я.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоро- в'я (ВООЗ), *«Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад»*. Це визначення ще раз підкреслює, що здо- ров'я людини не обмежено суто медичним підходом, який визначає здоров'я як відсутність хвороби. За даними ВООЗ здоров'я людини залежить:

- від способу життя – на 50%;
- від спадковості – на 20%;
- від екології – на 20%;
- від рівня медичної допомоги – на 10%.

Отже, формування здоров'я – це багатогранний процес, який складається з таких основних чинників:

- генотипу людини;
- екологічного впливу;
- способу життя;

- психологічного стану;
- соціокультурного стану.

Лікарів-**синологів** (синологія – наука про медичні аспек- ти здоров'я) цікавлять чинники, які піддаються корекції протягом життя людини: спосіб життя, психологічний стан та соціокультурні умови. Для оцінки й корекції способу життя існують **основні компоненти здорового способу жит- тя**, які були визначені під час спостереження за 7 000 до- рослих людей протягом 5,5 років (за Паффенбаргером Р. С. та Ольсеном Е.):

- Регулярне триразове харчування.
- Щоденний сніданок.
- Регулярна рухова активність середньої інтенсивності.
- Повноцінний сон (7-8 год.).
- Невживання тютюну.
- Підтримка оптимальної ваги тіла.
- Невживання або обмежене вживання алкоголю.

До цього можна додати також:

- Додаткове вживання вітамінів.
- Позитивне ставлення до себе, інших людей, навко- лишнього світу.
- Залучення до громадської діяльності.

Наприклад, чоловік 45 років, який має від нуля до трьох із перших семи звичок, має шанс прожити ще 21,6 років (до 67 років), тоді як той, хто має 6-7 звичок – 33,1 (до 78 років). Іншими словами, середня можлива тривалість жит- тя може збільшитись на 11 років за рахунок зміни своїх звичок. Автори дослідження встановили також, що стан здоров'я у людей, які мали всі сім звичок, був таким са- мим, як і у людей, які молодші за них на 30 років і не мали цих звичок.

Важливо виділити основні чинники, які сприяють зміцненню здоров'я:

- сприятливі екологічні умови;
- гігієнічний режим праці та відпочинку;
- фізична культура;
- раціональне харчування;

- загартування;
- психогігієна;
- особиста гігієна;
- своєчасне звернення до лікаря;
- безпечний секс.

До чинників, що погіршують здоров'я, можна віднести:

- забруднення навколишнього середовища;
- лінощі;
- знижена рухова активність;
- психофізичні перевантаження, стреси;
- шкідливі пристрасті, наркоманія;
- безсистемне споживання інформації;
- самолікування.

Здоровий спосіб життя має такі основні компоненти:

1. Рухова активність.
2. Раціональне харчування.
3. Загартування.
4. Режим праці та відпочинку.
5. Сексуальне здоров'я.
6. Психогігієна.
7. Духовне здоров'я.

Отже, кожна людина має великі можливості для зміцнення і підтримки свого здоров'я, для збереження працездатності, фізичної активності і бадьорості до глибокої старості.

Література

1. **Гнатюк О. В., Гнатюк М. Р.** Основи безпеки життєдіяльності. – Харків, Скорпіон, 2001.
2. **Безопасность** жизнедеятельности: Учебник для ВУЗов. Под общ. ред. С. В. Белова. – М., Высшая школа, 1999.
3. **Формування** здорового способу життя: Навч. посіб. Для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців/О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Укр. ін-т. соц. досліджень, 2000. – 232 с.
4. http://www.zdorov.com.ua/base_health.html – сайт Київського міського центру здоров'я.

◆ ◆ ◆ Репродуктивне здоров'я

Останнім часом спостерігається помітне підвищення інтересу світової спільноти до проблем репродуктивного здоров'я населення. Не вдаючись у деталі, це можна пояснити простою і очевидною причиною – демографічна ситуація в країні набуває характеру, загрозливого національній безпеці, вимагає використання невідкладних заходів для гідного виходу з неї.

Репродуктивне здоров'я є найважливішою частиною загального здоров'я й займає центральне місце в розвитку людини. Репродуктивне здоров'я стосується особистих і найвищою мірою цінних аспектів життя. Будучи відображенням якості здоров'я в дитячому й підлітковому віці, підтримуючи відтворення, воно також створює основу для забезпечення здоров'я після репродуктивних років життя як жінок, так і чоловіків; визначає наслідки, які передаються від покоління до покоління.

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), **репродуктивне здоров'я** – це стан повного фізичного, розумового й соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або недуг у всіх аспектах, що стосується репродуктивної системи, її функцій та процесів.

Репродуктивне здоров'я означає, що в людей є можливість мати безпечне статеве життя, яке дає задоволення, і що вони можуть відтворювати себе та вільні приймати рішення про те, чи робити це, коли робити і скільки дітей мати.

Остання умова має на увазі *право чоловіків і жінок бути поінформованими і мати доступ до безпечних, ефективних і прийнятних методів планування сім'ї* на власний вибір, а також до інших методів регулювання дітонародження, які не суперечать закону, і *право мати доступ до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я*, які дозволили б жінкам благополучно пройти етап вагітності й пологів і надали б подружнім парам найкращий шанс мати здорову дитину.

На жаль, на сьогодні у світі спостерігається стрімке зни-

ження показників репродуктивного здоров'я як у чоловіків, так і у жінок, а саме:

- щороку із причин, пов'язаних з вагітністю і пологами, помирають близько 600 000 жінок (одна жінка у хвилину), переважно в країнах, що розвиваються;
 - близько 200 000 жінок помирають щорічно в результаті відсутності або недостатньої ефективності проти-заплідних засобів;
 - у цілому 350 млн подружніх пар не мають інформації про протизаплідні засоби й позбавлені доступу до них;
 - приблизно 75 млн вагітностей на рік (з їхньої загальної кількості 175 млн) є небажаними, і їхнім результатом є 45 млн абортів і понад 30 млн небажаних дітей, що народжуються;
 - 70 000 жінок помирають щорічно в результаті некваліфікованих абортів, і ніхто не знає, скільки жінок одержують інфекції та інші ускладнення;
 - щорічно у світі з'являється 333 млн нових випадків інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
 - один мільйон осіб помирає щорічно від ІПСШ (крім СНІД);
 - у середньому щохвилини шість осіб інфікуються ВІЛ;
 - приблизно 50-60% всіх нових випадків ІПСШ, включаючи ВІЛ, припадає на молодих людей віком до 20 років;
 - два мільйона дівчинок віком від 5 до 15 років щорічно втягуються до індустрії сексу;
 - дослідження, присвячені насильству в родині, говорять про те, що це явище поширене в більшості країн і часто стає причиною самогубств серед жінок і підлітків.
- Загальні світові видатки на поліпшення охорони репродуктивного здоров'я в цей час наближаються до суми 17 мільярдів доларів США на рік. Саме таку суму увесь світ витрачає на озброєння протягом одного тижня. Дійсно, сьогодні люди в усьому світі не можуть повністю реалізувати свої сексуальні й репродуктивні права, зокрема й через недосконалість системи охорони репродуктивного здоро-

в'я, брак необхідної інформації, а також внаслідок міцно вкоріненої нерівності жінок, соціальних стресів і сімейних труднощів. На Міжнародній конференції по народонаселенню й розвитку (МКНР, Каїр, 1994 р.) 180 держав, зокрема Білорусь, визнали, що загальний доступ до інформації й послуг в області охорони репродуктивного здоров'я має бути метою, яку необхідно досягти до 2015 р.

Також варто відзначити, що існуючі проблеми репродуктивного здоров'я пов'язані в першу чергу з:

- недостатніми знаннями про сексуальність людини;
- невідповідною вимогам, неякісною й недоступною інформацією й послугами у сфері репродуктивного здоров'я;
- поширеністю небезпечних форм сексуальної поведінки та інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- обмеженістю вибору, перед яким постають багато дівчат і жінок у своєму житті (гендерна нерівність у світі).

Багато з названих проблем виникають у період підліткового віку – у той самий час, коли формуються основні навички поведінки, які можуть мати дуже серйозні наслідки для репродуктивного здоров'я. У промислово розвинених країнах підлітковий вік давно розглядається як окремий етап у житті людини. Тепер і в країнах, що розвиваються, до нього починають ставитися як до важливого етапу між дитинством і дорослим віком. Молодь у віці від 10 до 19 років становить шосту частину населення планети (1 мільярд) і є категорією, здатною здійснити глибокі зміни. Але для реалізації свого потенціалу й запобігання небезпечним помилкам молоді необхідна допомога у наданні відповідної інформації, формування у них умінь та навичок прийняття рішень та гідної поведінки, а також підтримки з боку їхніх родин, суспільства й держави.

Література

1. **Збереження** та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: Метод. матеріали до тренінгу/Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець; За заг. ред. Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 205 с.

◆ ◆ ◆

Статеві особливості хлопців та дівчат у підлітковому віці

Підлітковий вік – це період розвитку людини від 11-12 до 15-18 років, який відзначається бурхливим психофізіологічним розвитком та перебудовою соціальної активності людини.

З фізіологічної точки зору підлітковий вік за швидкістю біологічних змін можна порівняти лише з періодом внутрішнього розвитку і з двома першими роками життя. Однак, на відміну від малюків, підлітки спостерігають ці зміни з зацікавленістю, почуттям захоплення чи жаху. Здивовані, невпевнені у собі підлітки постійно порівнюють себе з іншими і неперервно розглядають свій Я-образ.

Підлітковий вік наповнений драматичними переживаннями, труднощами та кризами. У цей період складаються, оформлюються стійкі форми поведінки, риси характеру, способи емоційного реагування, це пора досягнень, стрімкого накопичення знань, умінь, становлення «Я», набуття нової соціальної позиції. Разом з тим, це вік втрат дитячого світовідчуття, поява почуття тривоги та психологічного дискомфорту.

Підлітків часто відносять до групи, яку можна назвати маргінальною. Адже вони виявляють крайню нетерпимість до будь-яких відхилень, наприклад, відхилень фігури від ідеалу або дуже раннього чи пізнього статевого дозрівання. Цей вік часто називають періодом диспропорції у розвитку. У цьому віці збільшується увага до себе, до своїх фізичних особливостей, загострюється реакція на думку оточуючих, підвищується почуття власної гідності. Фізичні недоліки часто перебільшуються.

Прагнення досягти авторитету серед ровесників, фізичного самовдосконалення, що характерно для підлітків, породжує у них активний пошук зразка для наслідування, які вони можуть знаходити серед старших за віком дітей або ж серед дорослих людей однієї з ними статі. У соціальній психології це називають статевою ідентифікацією.

Отже, найбільш важливим моментом психофізіологічного розвитку підлітка є статеворольова ідентифікація та, звичайно, статеве дозрівання, які є двома лініями єдиного процесу психосексуального розвитку.

Біологічними ознаками підліткового віку є помітне збільшення швидкості росту, швидкий розвиток репродуктивної системи та поява вторинних статевих ознак, таких як волосся на тілі, збільшення жирової маси, а також збільшення та розвиток статевих органів. Термін *пубертат* означає досягнення статевої зрілості. У дівчаток це вказує на настання першої менструації – *менархе*, а у хлопців – перші *полюції* (*сім'явиверження*).

Ще однією ознакою статевого дозрівання є збільшення розмірів та активності сальних залоз, у результаті чого обличчя підлітка часто вкривається вугрями. У шкірі також розвивається новий вид потових залоз, що веде до посилення запаху тіла.

Всі ці морфофізіологічні зміни керуються *гормонами* – біохімічними речовинами, які у дуже невеликих кількостях виробляються ендокринними залозами. Кожний гормон впливає на відповідні рецептори. Два відділи головного мозку – *гіпоталамус та гіпофіз* – підтримують тонку та складну рівновагу між гормонами. Гіпоталамус – це та частина головного мозку, котра ініціює процеси росту та репродукції у підлітковому віці. Гіпофіз, що розташований у нижній частині головного мозку, виробляє декілька різновидів гормонів, а також декілька допоміжних трофічних гормонів, які стимулюють та регулюють функціонування низки залоз, включаючи статеві залози – яєчники у дівчат та яєчка у хлопців. Статеві гормони виконують 2 завдання: виробляють сперму або яйцеклітини і виділяють естрогени або андрогени.

Статеве дозрівання у хлопчиків

Після стрибка у рості та ламки голосу значною біологічною зміною є розвиток репродуктивної системи. У хлопчиків першою ознакою пубертата є прискорення росту яєчок та мошонки. Приблизно через рік після початку їх росту

спостерігається аналогічне зростання пеніса. Між цими подіями починає з'являтися волосся на лобку. У цей час збільшуються розміри серця та легень. В юнаків ознакою статевого дозрівання є **полюції** – мимовільне виверження сім'я з статевого члена. Перше сім'явиверження може відбутися як і дуже рано (наприклад, у 11 років), так і пізно (у 16 років). Перша еякуляція може відбутися навіть уві сні (так звані «мокрі сни»). Слід зауважити, що полюції – нормальне фізіологічне явище. Частота їх має індивідуальний характер.

Важливим фізіологічним проявом статевого дозрівання в юнаків є також мимовільна **ерекція**, що виникає без будь-якої сексуальної стимуляції. Такі ерекції ще називають спонтанними. Взагалі ерекція пенісу контролюється рефлекторно нервовими центрами, розташованими в спинному мозку, і по більшій частині є мимовільною реакцією. Однак кора головного мозку також вносить свій внесок у цей процес, тому що складним образом зв'язана з «центром ерекції» у спинному мозку. Таким чином, рефлекторні і розумові процеси можуть спільно стимулювати чи придушувати ерекцію. Часто збентеження викликає поява ерекції в найнезручніший момент, наприклад, у школі під час занять, в транспорті від вібрації, за ранкового пробудження. Але це нормальне, закономірне явище в підлітковому віці. Якщо ти сам опинився в подібній ситуації, не слід хвилюватися, зосередься на чомусь сторонньому. Це часто допомагає. Ерекції також виникають і під впливом якоїсь сексуальної думки, уявлення, фантазії.

Статеве напруження, якщо воно часто виникає, потребує розрядження. Одним із засобів зняття сексуального напруження є **мастурбація** – штучне подразнення (стимуляція) статевих органів з метою отримання сексуального задоволення. Синонім мастурбації – **онанізм**. Дуже часто перші спроби мастурбації призводять до цілої гами емоцій – від яскраво позитивних до суто негативних. З'являються навіть огидливість і докори собі. Побутують різні плітки та залякування щодо онанізму. Між тим необхідно знати, що

мастурбація не є чимось ненормальним або проявом якоїсь хвороби. Це тимчасове явище, яке проходить в старшому віці або після початку статевого життя. Та все ж не слід надмірно захоплюватися цим заняттям.

Статеве дозрівання дівчат

У дівчат відбувається активний ріст кісток тазу й округлення стегон, починається ріст волосся на лобку і під пахвами, збільшуються молочні залози. Збільшення грудей – одна із найважливіших змін, що відбувається в жіночому організмі під час статевого дозрівання. Буває, що молочні залози розвиваються нерівномірно – одна росте швидше за іншу. Це звичайне явище. У подальшому вони зрівнюються.

Одночасно відбувається розвиток матки та зовнішніх статевих органів. Менархе (менструація – кров'янисті виділення з піхви, які ще називають «місячні») – найдраматичніша та найсимволічніша ознака зміни статусу дівчинки – фактично з'являється останнім у низці пубертатних змін, після піка у стрибку зросту. Вік початку менархе може коливатися від 9,5 до 16,5 років, середній вік менархе – 12,5 років. Це періодичне виділення зі статевих органів жінки змішаного з кров'ю поверхневого шару внутрішньої слизової оболонки матки.

У перший день циклу, тобто в день, коли почалося менструальне виділення крові, всередині яєчника фолікула починає дозрівати маленька яйцеклітина. На 13-15-й день циклу вона повністю визріває і проривається крізь оболонку фолікула до черевної порожнини, тобто відбувається процес овуляції. Коли яйцеклітина виходить із яєчника, вона потрапляє до маткової труби, де яйцеклітину може запліднити сперматозоїд. Таким чином, 13-15-і дні менструального циклу є найсприятливішими для зачаття. Статеві зносини в цей час із великою ймовірністю приводять до запліднення. Але якщо на цей момент яйцеклітина не запліднена, слизова оболонка починає руйнуватись і відшаровуватись від стінки матки, що супроводжується крововиділеннями.

Перші декілька менструальних циклів варіюють від місяця до місяця. У багатьох випадках перші цикли бувають нерегулярними і не супроводжуються виходом яйцеклітини. Цей період може супроводжуватися певними проблемами. Джерелом цих проблем може бути передменструальний синдром, симптомами якого є дратівливість, пригніченість, плаксивість, тяжкість у низу живота та біль у молочних залозах.

Для дівчинки важливо бути підготовленою до менархе за допомогою відповідного виховання і навчання. На жаль, у минулому дівчинки дуже часто лякалися своєї першої менструації, оскільки не знали, з чим це пов'язано. Матері звичайно виявляються найважливішим джерелом інформації про менструації, хоча багато дівчаток дізнаються про менархе зі шкільних програм про здоров'я. Відомо, що якщо всі необхідні відомості про менструальний цикл дівчатка одержали завчасно, до початку першої менструації, у них формується більш позитивне ставлення до того, що з ними відбувається, і до свого тіла.

Багато підлітків нерідко переживають з приводу того, що в них, як їм здається, негарне тіло чи неприваблива фігура.

Річ у тім, що в період статевого дозрівання частини тіла ростуть неоднаково: швидко ростуть кінцівки – ноги, руки, а вже потім – тулуб. В даному разі така «неідеальна фігура» – тимчасове явище. Насправді ідеальної фігури не існує. Існують лише стереотипи, нав'язані фільмами, газетами, журналами, рекламою. Головне – знайти гармонію між зовнішністю та своїм внутрішнім світом. Адже скільки людей – стільки й думок.

У період статевого дозрівання відбуваються також зміни у репродуктивній системі. Статеві органи збільшуються в розмірі та виробляють особливі статеві клітини, з котрих може розвинути плід. Деякі з цих процесів відбуваються всередині організму і проходять непоміченими.

У міру того, як вміст статевих гормонів в організмі і дозрівають статеві органи, підліток поступово починає зазна-

вати все нових і невідомих для нього відчуттів. Спочатку це посилений інтерес до свого тіла, який із часом переростає у потяг до протилежної статі.

Статеві стосунки – це не тільки фізичні почуття. Як правило, вони пов'язані з емоційним хвилюванням, сила якого залежить здебільшого від глибини почуттів, а також від ступеня довіри між партнерами.

На формування статевої поведінки впливають усі складові особистості людини (ступінь зрілості, освіта, інтелект, засвоєні уявлення та норми поведінки тощо). Таким чином, форми статевої поведінки є наслідком усієї діяльності людини.

Література

Гері Келлі. Основи сучасної сексології. – СПб.: Пітер, 2000. – 887 с.

Кащенко Е. А. Основи соціокультурної сексології. Курс лекцій. – М.: Юніті, 2002. – 351 с.

Кон І. С. Вступ до сексології. – К.: Либідь, 1991. – 303 с.

Коцун О. Б., Мартиросян Я. Т. Основы сексологической культуры. – Волгоград: ГПУ, 1995. – 340 с.

Половое воспитание/Под ред. Г. А. Кураева. – Ростов-на-Дону, 2001. – 210 с.

Романовський В. Л. Анатомія людини. – К.:Либідь, 1998. – 451 с.



Інфекції, що передаються статевим шляхом, та їх наслідки

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), на жаль, сьогодні є проблемою номер один для осіб, що живуть статевим життям. Особливо це стосується тих, хто нехтує правилами безпечного сексу, має декілька статевих партнерів, вступає у нерозважливі спонтанні стосунки. ІПСШ дуже поширені у всьому світі й можуть призвести

до серйозних наслідків для здоров'я (наприклад, безпліддя), якщо їх не вилікувати своєчасно. До того ж люди, інфіковані ІПСШ, менше захищені перед ВІЛ-інфекцією. Вірус швидше потрапляє в організм через виразки, рани та інші пошкодження слизових оболонок, спричинені ІПСШ.

Наразі відома надзвичайно велика кількість ІПСШ, серед яких найчастіше зустрічається близько 20 інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ. Ось деякі з них:

- сифіліс;
- гонорея;
- трихомоніаз;
- хламідіоз;
- генітальний герпес;
- генітальні бородавки;
- папіломавірус людини;
- гепатит В – інфекційне захворювання печінки.

Багато людей вважають, що інфікуватись від людини, у якої немає явних ознак запалення в області статевих органів, неможливо. Однак дуже багато інфекцій протікають взагалі без симптомів, тому відсутність ознак не є причиною, щоб довіряти людині своє здоров'я. Основним же фактом, що має переконати навіть скептиків, є те, що кількість інфікованих ІПСШ прогресивно зростає. В Україні ситуація з такими захворюваннями носить характер епідемії.

Профілактика

Існує кілька простих правил і порад, як знизити ризик або взагалі уникнути ризику інфікування ІПСШ.

1. Утримуйтесь від «випадкових» зв'язків. Ніхто не дасть гарантії (і досвід наших венерологів це підтверджує), що навіть «найпристойніші» хлопці й дівчата – здорові. Ані зовнішній вигляд людини, ані рівень її освіти, ані соціальний статус і родинний стан, НІЩО не може говорити про наявність або відсутність у неї ІПСШ. При цьому сама людина може бути повністю впевнена, що вона здорова й

абсолютно не підозрювати про те, що має інфекцію. Адже більшість таких хвороб часто протікає безсимптомно. Добре подумайте про те, чи варто ризикувати і вступати у статевий контакт, якщо ваш партнер вживає ін'єкційні наркотики (про це можуть свідчити сліди від шприца на передпліччі), якщо він/вона практикує ризикований секс або «разові» статеві контакти з різними людьми.

2. Використовуйте презерватив. Презерватив – це класичний засіб профілактики ІПСШ. Однак пам'ятайте, що ефективність презерватива як засобу профілактики ІПСШ – далеко не 100%. Не є рідкістю випадки, коли презерватив рветься або спадає. Тому перед використанням обов'язково прочитайте інструкцію.

3. Обов'язково необхідно використовувати презерватив під час нетривалих відносин. Разом з тим варто пам'ятати, що під час регулярного статевого життя з одним партнером, навіть за умов використання презерватива, якщо один партнер хворий, рано чи пізно інфекція стає «спільною».

4. Використовуйте презерватив під час орального сексу. За даними проведених соціологічних опитувань, понад половина молодих людей чомусь упевнені, що оральний секс – це дріб'язок у порівнянні зі статевим актом. Нібито він абсолютно безпечний. Але таким шляхом може передаватися багато венеричних захворювань, зокрема – ВІЛ.

5. Перед статевим актом по можливості необхідно переконатись, що у вашого партнера **відсутні зовнішні ознаки венеричних захворювань**, якщо вони є – побачення слід відкласти, адже навіть презерватив ефективний не на 100%.

Про те, що партнер, можливо, хворий, можуть свідчити наступні симптоми: запалення в області статевих органів – ранки, пухирці, бородавки, висипка, наліт на статевих органах, неприємний запах.

АЛЕ!!! Варто пам'ятати, що ряд ІПСШ протікають безсимптомно і відсутність ознак хвороб не означає, що можна не використовувати презерватив!

6. Обов'язково дотримуйтесь правил особистої гігієни в інтимному житті. Вимагайте того ж від вашого партнера. Ніколи й ні за яких умов не користуйтеся сторонніми предметами особистої гігієни. До предметів особистої гігієни належать рушники, мочалки, нижня білизна, капці, гребінці тощо.

7. Змініть свою статеву поведінку на безпечну. Безпечна статева поведінка – це тривалі, більше ніж півроку, постійні відносини з одним здоровим і вірним статевим партнером.

Чому більше півроку? Перед початком статевих відносин на сьогодні венерологи рекомендують здати всі аналізи на ІПСШ.

Якщо аналізи позитивні – необхідно пролікуватись і надалі обрати засіб контрацепції, що підійде для обох партнерів (презерватив можна не використовувати **ЛИШЕ** за умови вірності один одному). Якщо результати аналізів негативні, варто, щоб під час статевих стосунків протягом півроку використовувався презерватив. Потім знову необхідно здати аналізи, як мінімум, на ВІЛ, адже у даного вірусу дуже довгий інкубаційний період (від 3-х до 6-ти місяців, іноді навіть 18 місяців) – партнер може бути інфікований і навіть не підозрювати про те.

Варто мати на увазі, що **БЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ СЕКСУ НЕМАЄ.**

Тільки захищений секс (з презервативом) з постійним статевим партнером – безпечний секс.

Що робити, якщо відбувся незахищений статевий акт – випадково порвався презерватив, звалтування, контакт у стані сп'яніння, незахищений контакт із малознайомим партнером?

Всі ці випадки вимагають негайних заходів щодо профілактики ІПСШ.

Найперше, що необхідно зробити, – **звернутись до лікаря** (уролога – для чоловіків, геніколога – для жінок) або ж венеролога.

Симптоми й ознаки ІПСШ

ІПСШ протікають у двох основних формах – **гострій** та **хронічній**. Гостра форма захворювання розвивається в тому разі, якщо інфікування відбулося нещодавно й проявляється клінічною симптоматикою.

Інкубаційний період ІПСШ у середньому **становить від 1 до 7 днів**. Після закінчення цього терміну в чоловіків найчастіше **з'являються симптоми уретриту** (сверблячка або печіння в сечівнику, болю, різь під час сечовипускання, виділення з уретри (можуть бути прозорими або каламутними з неприємним запахом), у жінок – **симптоми кольпіту та уретриту** (сверблячка, печіння, різь під час сечовипускання, виділення з піхви).

Якщо інфікування відбулося при оральному контакті, часто розвивається запальний процес слизової оболонки ротової порожнини, гортані й ковтки, дуже часто розвивається ангіна.

При зараженні під час анального сексу найчастіше розвивається **запальний процес прямої кишки – проктит**. Основна небезпека цих захворювань у тому, що дуже часто вони протікають малосимптомно, прояви – мінімальні, настільки незначні, що люди не звертають на них уваги і до лікаря не йдуть.

Пам'ятайте – **якщо гостру форму ІПСШ не лікувати, вона переходить у хронічну**. Її ознаки:

- захворювання в хронічній формі зникають: вони виражені дуже незначно або відсутні зовсім;
- можуть проявлятися епізодично – симптоми захворювання проявляються на дуже невеликий період часу й потім зникають.

Найчастіше хворий вважає, що відбулося самолікування і необхідність звертання до лікаря, таким чином, відпадає – про тривожні симптоми можна забути. Проте він помиляється!

Але **самолікування неможливе**. Насправді хвороба, перейшовши в хронічну форму, міцно осідає в організмі і їй

немає потреби проявляти себе симптомами, які в гострій стадії свідчили про те, що організм активно чинить опір проникненню інфекції. Так людина стає носієм інфекції. Починаючи із цього моменту ця людина – бомба з годинниковим механізмом. По-перше, жоден лікар не зможе прогнозувати, коли і яким чином інфекція виявить себе, захворювання яких органів і які ускладнення викличе ІПСШ. Більшість хронічних запальних захворювань сечостатевих органів починаються саме з ІПСШ. По-друге, починаючи з «приглушення» або зникнення виражених симптомів, людина стає серйозно небезпечною для всіх своїх партнерів – захворювання вона буде поширювати все далі й далі.

Наслідки й ускладнення ІПСШ у чоловіків

У чоловіків ІПСШ, у першу чергу, викликають запалення сечостатевої системи. Якщо запалення не лікувати, це призводить до розвитку звужень (стриктур) сечівника. Інфекція може поширюватися й на інші органи сечостатевої системи. Мікроби можуть викликати запалення в простаті (простатит – найсерйозніше ускладнення), у яечках (орхіт) і в придатках яєчок (епідідіміт), що в майбутньому може стати причиною безпліддя й порушення сексуальної функції (імпотенції).

Наслідки й ускладнення ІПСШ у жінок

На жаль, **на сьогоднішній день понад 80% (!) жінок страждають на ті чи інші інфекції**, що передаються статевим шляхом.

Проблема ІПСШ набагато серйозніша, ніж біль і дискомфорт, викликані нею. Інфекції, передані статевим шляхом, потрапляючи й розвиваючись в організмі жінки, викликають порушення нормальної мікрофлори піхви. Як результат, поряд зі статевими інфекціями розвиваються й умовно-патогенні бактерії, які й служать причиною запальних захворювань статевих органів у жінки. Ці запалення можуть трансформуватися в передракові стани, і

якщо їх не лікувати, вони можуть розвинути у таку страшну хворобу, як рак. Деякі віруси також вважаються онкогенними – такі, як папілломавірус, певні види якого пов'язані з підвищеним ризиком раку шийки матки.

Також інфекції можуть бути причиною безпліддя, несприятливого результату вагітності (викидень, невиношування, передчасні пологи). Передаючись внутріутробно плоду, вони можуть порушити його розвиток. У процесі пологів деякі ІПСШ передаються немовлятам, викликаючи в дітей серйозні запальні захворювання.

Лікування ІПСШ

Багато хто вважає, що достатньо довідатись у друга, який антибіотик він вживав під час лікування тієї або іншої хвороби, купити його – і всі проблеми будуть вирішені раз і назавжди. Однак!!! Кожна статева інфекція чутлива тільки до певної групи антибіотиків. Деякі ж бактерії взагалі чутливі до різних препаратів у різні моменти свого життя. Деякі вже змогли пережити одну атаку антибіотиками і виробили до них стійкий «імунітет».

От чому **лікування ІПСШ** (а вони, в основному, бувають змішаними – одночасно викликаються декількома інфекціями) **серйозний, відповідальний і комплексний процес**. Під силу таке тільки лікарю-венерологу. Саме тому остаточний вибір методів лікування завжди залишається за лікарем. Якщо Ви підозрюєте його в несумлінності, зверніться до іншого лікаря. Відмінний лікар – застава вашого здоров'я.

Вкрай небезпечно займатися лікуванням інфекцій, що передаються статевим шляхом, самостійно. У лікуванні ІПСШ є стільки моментів і нюансів, які може врахувати тільки лікар, практикуючий багато років, фахівець у своїй галузі. Самолікування, як мінімум, **призводить до невиліковування і переходу інфекції у хронічну форму. Але є ще багато інших наслідків самолікування ІПСШ:** дисбактеріоз кишечника й піхви (ці хвороби лікуються важко й довго),

можливість «посадити» печінку, реальна можливість знизити чутливість інфекції до антибіотиків або перевести її в «сплячу» форму, яка дуже важко діагностується й лікується, але завдає організму серйозної шкоди.

Міфи і факти відносно інфекцій, що передаються статевим шляхом

1. Людина завжди може визначити, чи є в неї ІПСШ, чи ні.

Ні. У людини може не бути симптомів. У жінок часто немає симптомів, тому що їхні статеві органи перебувають усередині організму. Але й у чоловіків такі захворювання, наприклад, як хламідіоз, розвиваються без симптомів. Люди, що мають ВІЛ-інфекцію, яка потім переходить у СНІД, іноді роками не знають, що вони інфіковані.

2. За умов відповідного медичного лікування всі ІПСШ можнавилікувати, за винятком ВІЛ.

Ні. Герпес та деякі інші ІПСШ не лікуються навіть на сьогодні.

3. Презерватив — найефективніший засіб проти поширення ІПСШ.

Ні. Утримання — найкращий спосіб уникнути інфікування. На другому місці — презерватив.

4. Організми, які викликають ІПСШ, можуть потрапити тільки через піхву або пеніс.

Ні. Вони можуть потрапити через будь-яку слизову мембрану, включаючи піхву, пеніс, анус, рот, а іноді й око. ВІЛ може так само потрапити через кров, коли люди використовують один шприц або голку.

5. Підлітки мають право пройти обстеження й лікування ІПСШ без дозволу або повідомлення батьків.

Так. Таке лікування повинне проводитися анонімно й безкоштовно, якщо люди не можуть заплатити.

6. Ви не можете інфікуватись ІПСШ, якщо ви мастурбуєте, тримаєтеся за руки, розмовляєте або гуляєте, танцюєте з партнером...

Так. ІПСШ поширюються тільки під час сексуальних контактів з інфікованою людиною. Можна інфікуватись

тільки під час анального, орального або вагінального контактів з інфікованим партнером. ВІЛ можна одержати й через загальні шприци й голки.

7. Інфекції, що передаються статевим шляхом — це відносно нова медична проблема.

Ні. Про ці захворювання відомо ще з давніх часів. Залишилися писемні пам'ятки, предмети мистецтва й останки людей, що підтверджують стародавність даного захворювання. У Старому завіті, у Єгипетських папірусах, у працях відомого грецького лікаря Гіппократа згадувалися ці хвороби й страждання, викликані ними. Лікування не проводилося аж до початку ХХ століття. А деякі ІПСШ й дотепер не лікуються.

8. Тільки люди, що мають вагінальний, оральний або анальний секс, можуть інфікуватись на ІПСШ.

Ні. Діти можуть захворіти герпес, гонореєю й ВІЛ-інфекцію під час вагітності матері й/або при народженні.

9. Не страшно, якщо ти не відразу підеш перевірятися на наявність ІПСШ, навіть якщо підозрюєш, що інфікувався.

Ні. Це треба робити відразу. Людина, яка інфікувалася, завдає шкоди організму. І якщо чекати тижні або місяці до початку діагностики й лікування, то можна нашкодити своєму здоров'ю, навіть коли лікування почнеться. Крім цього, можна інфікувати партнера.

10. Навіть якщо жінка використовує оральні контрацептиви, вона однаково повинна наполягати, щоб її партнер використав презерватив.

Так. Оральні контрацептиви не захистять від ІПСШ, тому для захисту потрібний презерватив.

11. Можна інфікуватись ІПСШ під час поцілунку.

Так. Рідко, але можливо інфікуватись сифілісом через поцілунок. Особливо якщо в роті людини є рани, шанкер. Герпес теж може передаватися через поцілунки в період активної поразки.

13. Оральний секс — надійний спосіб не інфікуватись.

Ні. Під час орального сексу можна інфікуватись різними ІПСШ, у першу чергу, ВІЛ, гонореєю, герпесом тощо.

14. Через 2-5 днів люди зазвичай знають, що вони інфікувались.

Ні. В одних людей симптоми взагалі відсутні, в інших вони з'являються через тижні й місяці. ВІЛ може не мати симптомів роками, але людина може інфікувати інших у цей період.

Література

1. **Гері Келлі.** Основи сучасної сексології. – СПб.: Пітер, 2000. – 887 с.

2. **Формування** здорового способу життя: можливості волонтерського руху: робочі матеріали семінару/МФСП, ХДФ, УАСПФСР, Літня школа волонтерів. Ялта, 6-12 лип. 2001.

3. **Матеріали** для ведучого. Гра «Фото-фішка». – К.: Всеукраїнський громадський центр «Волонтер», 2007.

4. <http://www.doctorbest.ru/venerology/lechenie.doctorbest.ru.html>



Наркотики та алкоголь і їх вплив на репродуктивне здоров'я

У алкоголізму, наркоманії та проблем, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям, є дуже багато дотичних аспектів. Розповсюдження ІПСШ, ВІЛ, безладні статеві контакти, незаплановані вагітності, згвалтування, втягування до комерційного сексу – все це тісно пов'язане з неадекватним сприйняттям того, що відбувається, у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння.

Ін'єкційне споживання наркотиків – важливий фактор ризику розповсюдження ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ у більшості країн світу. В США, наприклад, понад одна третина нових випадків захворюваності на СНІД та більшість нових випадків припадає на долю споживачів ін'єкційних наркотиків.

Деякі типи поведінки, пов'язані з ін'єкційним споживанням наркотиків, є факторами ризику для інфікування ВІЛ. До цього належать: спільне використання ін'єкційного інструментарію (голки, шприци, посуд для приготування розчину, фільтр). Дослідження доводять, що якщо методи дезінфікування не проводяться, то за кімнатної температури ВІЛ залишається життєздатним тривалий час. Споживачі ін'єкційних наркотиків (далі – СІН) інфікуються ВІЛ, коли вірус, що знаходиться на стінках нестерильного шприца або голки, під час ін'єкції чергової порції наркотику потрапляє безпосередньо у кров людини. Споживання деяких психоактивних речовин перед сексуальним контактом дуже часто призводить до практики небезпечного сексу.

Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) стоять перед вибором ризикованої поведінки: перепродаж частини наркотиків іншим СІН, кримінальні дії – крадіжки, обман, шахрайство і не кримінальний спосіб – проституція. Тому, щоб мати гроші на придбання наркотиків для себе, а часто і для свого «близького друга», дівчата-СІН стають на шлях торгівлі своїм тілом. Це нерідко призводить до інфікування ВІЛ, іншими ІПСШ і передачі інфекції іншим. Молоді жінки-СІН становлять понад 30% загальної кількості всіх СІН. Крім того, проституція існує і серед чоловіків.

Необхідно пам'ятати, що **алкоголь** – це також наркотик, він так само надзвичайно негативно впливає на репродуктивне здоров'я.

Як показали численні дослідження, у разі епізодичного вживання алкоголю протягом певного часу може відбуватися посилення статевого потягу і підвищення потенції, що в подальшому знижуються аж до **ПОВНОГО** зникнення. Отже, у половини всіх осіб, що зловживають алкоголем, і у всіх хворих на хронічний алкоголізм має місце **алкогольний імпотенція**.

Окрім цього, алкоголізм негативно позначається на інтимному житті ще й тому, що один з партнерів, перебуваючи у стані сп'яніння, викликає у іншого негативні емо-

ції. Вони починають уникати близьких стосунків, а якщо статевий акт і відбувається, то значно рідше приходить почуття задоволення.

Останнє стає причиною **неврозів, депресій** (у зв'язку з переживаннями, викликаними цією причиною). Реальні факти в думках автоматично спотворюються, зникає зворотний зв'язок із середовищем при збереженні ілюзії свободи та логіки мислення. Цей процес, в свою чергу, веде до підпорядкування свідомості алкоголю, прагнення одержати задоволення від дійсності за допомогою хімічних речовин. Штучне самозбудження або самозаспокоєння утруднює можливість подолання справжніх причин особистих проблем, **атрофує** природну здатність емоційних реакцій.

В багатьох країнах у давнину забороняли під страхом тяжкої кари вживати міцні напої молодятам у день весілля. Серед населення побутує думка, що діти не хворіють на алкоголізм. Але ж насправді на цю хворобу можуть страждати навіть немовлята, якщо їх виносила і годувала мати-алкоголичка.

Ще древньогрецький філософ і вчений Арістотель підкреслював, що жінки-п'яниці народжують п'яниць, адже грудні діти хворіють на алкоголізм через кров і молоко матері.

За статистичними даними, ускладнена вагітність протікає у 28% жінок, які вживають алкоголь; недоношені, кволі, хворобливі, розумововідсталі діти народжуються у 34% жінок, а мертві плоди – у 25% жінок.

Регулярне вживання спиртних напоїв може призвести також до безпліддя.

Алкоголізм більше не обмежується категорією тих, кому за 40. Серед молоді різко зросла кількість захворювань, пов'язаних з алкоголем. На дитячий організм алкоголь діє сильніше і небезпечніше, ніж на дорослий. Адже в цьому віці утверджуються і посилено розвиваються всі життєво важливі системи. Так, в молодшому шкільному віці завершується формування системи травлення, печінки. При вживанні алкоголю вражається слизова оболонка шлунко-

во-кишкового тракту, затримується травлення. Алкоголь поступає в кров, потім у печінку, паралізуючи всі життєво важливі функції.

У період формування статевої системи вживання алкоголю затримує розвиток. Хронічне вживання алкоголю підлітками призводить до ранньої імпотенції.

За даними багатьох досліджень, дівчатка-підлітки споживають алкоголь навіть більше за хлопчиків. В останні десятиліття виявлене зростання кількості молодих жінок у загальній кількості хворих алкоголізмом, а також початок прилучення дівчат до вживання алкоголю більш раннє за віком (з 12-15 років). При ранньому початку формування алкоголізму швидко прогресує соціальна деградація, що проявляється в різних формах.

Для алкоголізму в жінок характерні ранні зміни особистості. При цьому вважається, що перспективи лікування набагато менші, ніж у чоловіків. При спадкоємній обтяженості алкоголізмом у хворих жінок частіше відзначаються психози, депресії, ранні органічні ураження мозку. У хворих частіше й швидше розвиваються морально-етичні компоненти «алкогольної деградації» (притуплення почуття материнського боргу, професійного боргу, легкодумство, неохайність, емоційне огрубіння).

Література

1. **Желібо Є. Д., Заверука Н. М., Зацарний В. В.** Безпека життєдіяльності. – К.: «Каравела», 2002.
2. **Матеріали** для ведучого. Гра «Фото-фішка». – К.: Всеукраїнський громадський центр «Волонтер», 2007.
3. <http://kozaky.org.ua/zdrava/alco.htm>
4. <http://uk.wikipedia.org>
5. <http://www.inopressa.ru>



Поняття «сексуальність» та його складові

Важливою складовою людських взаємин є сексуальність. Доволі часто ми чуємо: сексуальність, сексуальний чоловік, сексуальна жінка тощо. Але що це таке – мало хто розуміє.

Багато людей замислюється над тим, що таке сексуальність, кохання, статеві стосунки, намагаючись знайти відповіді на такі запитання. Дуже часто те, що відбувається з людиною – скажімо, зміни тіла, поява нових відчуттів, настрою, емоцій і взаємин з іншими – не завжди зрозуміле їй. Але це і є статевим дозріванням і формуванням сексуальності.

Сексуальність – це сукупність внутрішніх і зовнішніх ознак, які роблять одну людину привабливою для іншої.

Це найскладніший природний феномен, що властивий лише людям і що проходить через все життя. Людина може нічого не знати про сексуальність або вважати, що її в неї немає. Але насправді сексуальність є у кожного.

Навряд чи існують взаємини між людьми, в яких немає елемента сексуальності – природної та здорової складової існування людини, яка є вродженою функцією організму.

Через складність розуміння поняття «сексуальність» ставлення суспільства до нього було та й залишається суперечливим. Історія сприйняття суспільством проявів сексуальності тісно пов'язана з інтересом людства до поділу людей на чоловіків і жінок. Ще в міфах, легендах в та культурі древніх існували спроби осмислення потаємного світу сексуальності.

У давньокитайській міфології існування світу та зберігання його рівноваги пояснюється співіснуванням чоловічого космічного начала – «Янь» та жіночого космічного начала – «Інь».

У деяких країнах Сходу статеві стосунки були піднесені до рівня релігійного культу. В Індії дотепер збереглися храми, побудовані багато років тому на честь кохання та

статевих зносин. З'явилися трактати філософського змісту, що намагалися пояснити природу статі, статевих відмінностей, анатомії та фізіології, зачаття, вагітності, пологів. Найвідомішим є давньоіндійське віршоване оповідання «Камасутра», яке присвячене питанням кохання та статевих зносин.

У Давній Греції з незапам'ятних часів існував культ Ероса – **бога** кохання.

Ставлення до сексуальності та статевого життя за різних часів було різним. Якщо за античних часів люди не відчували заборон і тиску в питаннях статевих зносин, то за середніх віків із посиленням впливу католицької церкви та ідей християнства набула чинності мораль заборон і обмежень. Прояви статі вважались шкідливими, а чуттєва насолода – гріховною й нечистою. Усе тілесне сприймалось, як мерзотне й непристойне. Упроваджувався ідеал цілковитого стримування. Особливо суворою була мораль щодо жінок. Будь-яка статева активність з їхнього боку засуджувалась і суворо каралась. У багатьох східних країнах такі обмеження залишились дотепер.

Доба Відродження, що змінила епоху середніх віків, дозволила знову повною мірою відчути радість життя, чуттєвості й творчості. Мистецтво, література тієї доби по-новому відображує світ кохання, почуттів, насолоди. Еротика знову займає достойне місце в офіційній культурі.

Цілком природно, що зі змінами у суспільстві, політиці, ідеології одночасно змінюється і статева мораль, яка зумовлює ставлення людей до такої інтимної сторони їхнього життя, як кохання та статеві зносини. У зовсім недалекому минулому (десь 10-15 років тому) тема сексуальності вважалась «закритою». Все, що стосувалось статевих проявів, замовчувалось. У суспільстві діяли табу, заборони на освітлення теми «Про це».

Але незнання чогось не означає, що цього не існує взагалі. У людини не можна відібрати сексуальність

через заборони, умовляння та погрози. Прагнення зрозуміти те, про що не говорять відкрито, чесно та з позиції знання, спричинило формування багатьох міфів, догм, невірних суджень, стереотипів, помилок.

Усе життя людей побудоване на взаєминах. Стосунки між жінками та чоловіками є найскладнішими в людський природі. За своїм змістом вони можуть бути різні і знаходять прояв у таких формах, як дружба, закоханість, кохання. Ці поняття – дуже близькі, але кожне з них має свої особливості.

Що ж таке кохання? Це глибокоінтимне почуття, спрямоване на конкретну людину, в яке вплітаються еротичні й сексуальні мотиви. Кохання передбачає наявність лише одного обранця і гармонічне злиття трьох потягів – душі, розуму і тіла. Але буває так, що одна людина викликає прагнення духовної близькості, а інша – сексуальний потяг. Такі почуття абсолютно не пов'язані з коханням. Кохання, хай навіть не розділене, – це вже щастя. Адже кохання вважається вищим ступенем людських взаємин і дається воно непросто і не кожному. Це свого роду іспит. І чи ти зумієш скласти його з честю – залежить тільки від тебе. А ще – це щоденна робота, при якій чим більше ти віддаєш, тим більше отримуєш. Формула кохання проста: *мені добре від того, що добре тобі.*

Крім кохання, існує таке явище, як закоханість. Закоханість – це перший крок до кохання. Інша справа – чи будуть за першим наступні кроки. Так і дружба починається з симпатії і лише потім, з розвитком стосунків, вона перевіряється на міцність і стверджується як дружба.

Багато людей замислюється над тим, що таке сексуальність, статеві зносини, намагаючись дістати відповіді на такі запитання.

Сексуальність у багатьох ситуаціях зумовлює поведінку людини. Вона сприяє налагодженню контактів між людьми, і загалом має багато функцій: ототожнення

себе з певною статтю, народження дітей, отримання задоволення. Часто сексуальність плутають із сексапільністю, але сексапільність – це лише зовнішня привабливість, так звана «відкритість до сексу», яка часто створюється штучно: яскравий макіяж, короткі спідниці, декольте, відповідний погляд та манера поведінки.

У сучасному суспільстві ми самі робимо свій вибір щодо реалізації своєї сексуальності та свого сексуального життя: дехто обирає утримання, інші активно збагачують свій сексуальний досвід. Але для того, щоб обрати прийнятне для себе, потрібно не залежати від моди чи товаришів, а самому володіти інформацією про свою сексуальність, про своє тіло і про себе взагалі, чітко знати про наслідки своїх дій. Така інформація повинна включати: *методи протизаплідності/регулювання народжуваності, вагітність, батьківство (як у неповній, так і повній сім'ї), передчасне припинення вагітності (аборт) та його наслідки для організму, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдром набутого імунодефіциту (СНІД).*

Література

1. **Говорун Т., Кікінеджи О.** Стать та сексуальність: психологічний ракурс. Навч. пос. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 1999. – 384 с.
2. **Гурлева Т. С.** Дівчинка-підліток: проблеми віку і профілактика важковиховуваності. – К.: ІЗМН, 1997. – 136 с.
3. **Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді:** Метод. матеріали до тренінгу/Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець; За заг. ред. Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 205 с.

2.8. Конструктивна взаємодія батьків і дітей як основа їхнього фізичного та психічного здоров'я

Мета: сприяти становленню батьківської компетентності шляхом усвідомлення і осмислення механізмів діалогічного спілкування та формування вмінь і навичок конструктивної взаємодії з дітьми у сім'ї.

Завдання:

– сприяти усвідомленню основних засад психічного розвитку дитини;

– розширити знання про психологічні кордони особистості та відпрацювати навички самоактуалізаторського спілкування і асертивної поведінки;

– сприяти критичному осмисленню стійких стереотипних установок у сімейному вихованні;

– розширити і збагатити знання щодо ролі емоційної сфери у становленні особистості дитини та відпрацювати навички емпатійного реагування на дитячу поведінку;

– розвивати вміння будувати діалогічну взаємодію під час вирішення проблемних сімейних ситуацій.

Ключові поняття: асертивність, емпатія, психологічний простір особистості, психологічні кордони, співробітництво.

Необхідне забезпечення: модуль тренінгу – 20-25 шт.; фліпчарт – 1 шт.; альбоми для фліпчарту – 2 шт.; кодоскоп – 1 шт.; плівки для кодоскопа – 1 набір; бланки для сертифікатів – 25 шт.; тонований папір формату А-4 різних кольорів – 50 арк.; папір білий формату А-4 – 1 пачка; Post-it (різних кольорів) – 4 блоки; маркери кольорові – 40 шт.; скотч – 5 шт.; ножиці – 5 шт.; клей-олівець – 5 шт.; бланки до методики «Інтерв'ю» – 27 шт.; вхідні анкети – 25 шт.; підсумкові анкети – 25 шт.; картки з фразами до вправи «Як звертатися до дитини» – 1 набір; аркуші формату А-4 з текстом «Уроків» до вправи «Як конструктивно спілкуватися з дитиною» – 25 шт.; великий аркуш з намальованою скринькою – 1 шт.; жовті кружечки до вправи «Батьківська скарбничка» – 25 шт.; таблиця до вправи «Вікові особливості психічного розвитку дитини» –

1 шт.; ілюстративні журнали – 10 шт.; карточки із ситуаціями до тренувальної вправи «Асертивна поведінка» – 4 шт.; карточки із ситуаціями до тренувальної вправи «Опис поведінки» – 5 шт.; карточки із ситуаціями до тренувальної вправи «Я-повідомлення» – 3 шт.; карточки із ситуаціями до тренувальної вправи «Усвідомлення наслідків» – 3 шт.; карточки із ситуаціями рольової ситуаційної гри «Коло» – 5 шт.; карточки із ситуаціями до рольової гри «Ситуації» – 4 шт.; розрізані картинки розміром 50x30 см – 4 шт.; м'яч – 1 шт.; паперові смужки з написами до вправи «Ярлики» – 25 шт., плакат з правилами «Опиши поведінку» – 1 шт.; картки рожевого, жовтого, зеленого кольору до вправи «Емоції» – 30 шт.; надувні кульки – 25 шт.; картки з назвами іграшок «лялька», «машинка», «м'яч», «дзига» – 25 шт.; бланки з незакінченими реченнями до вправи «Вірш про себе» – 25 шт.; програма семінару – 25 шт.; бейджі – 27 шт.; ручки – 25 шт.; блокноти/зошити – 25 шт.

Тривалість: 2 дні по 6 год.; 3 день – 4 год.

План проведення Перший день

1. Організаційна частина.
2. Міні-лекція «Три шляхи у вихованні».
3. Рольова гра «Застосування трьох шляхів у вихованні дитини».
4. Міні-лекція «Вікові особливості психічного розвитку дитини».
5. Творче завдання «Спогади дитинства».
6. Тренувальна вправа «Як звертатися до дитини».
7. Міні-лекція «Описова похвала».
8. Вправа на рефлексію «Батьківська скарбничка».

Другий день

1. Колаж «Правда про права».
2. Міні-лекція «Кордони особистості».
3. Групова дискусія «Як навчитися бути асертивним».

4. Тренувальна вправа «Асертивна поведінка».
5. Мозкова атака «Мета покарання».
6. Робота в малих групах «Наслідки покарань».
7. Міні-лекція «Алгоритм емпатійного реагування».

Третій день

1. Робота в парах «Правила в моїй сім'ї».
2. Творче завдання «Коло часу».
3. Робота в малих групах «Особливий час».
4. Творче завдання «Вірш про себе».

◆ Інформаційні матеріали Три шляхи у вихованні

Батьки у всьому світі, виховуючи своїх дітей, можуть іти одним із трьох шляхів: влади, поступливості або діалогу. Ось їх коротка характеристика:

Влада

Цей шлях спирається на переконання дорослого, що батьки завжди краще знають і мають рацію, демонструють дитині, хто головний. Дитина повинна підкорятися їх волі, найкраще без дискусії. Батьки найчастіше виступають у ролі контролера, ексекютора, судді, володаря, поліцейського, а іноді – ката. Такий образ батьків викликає в дитині відчуття страху, злості, гніву, жалю, відчуття несправедливості, кривди, приниження, сорому. В дитини з'являється переконання, що батьки її не розуміють, можливо, не люблять.

У поведінці дитини може з'явитися опір, брехня, покора, агресія, ворожість, бунт або лицемірство. Дитина може думати: «Ніхто не прислухається до моєї думки, а отже, мої думки дурні та нічого не варті. Я ні на що не здатен, якщо мене треба постійно контролювати, слідкувати за мною, перевіряти мене. Тільки батьки знають, що для мене добре».

Можливі наслідки для дитини – відсутність бажання змінюватися, залежність від думки та оцінок інших, нез-

датність творчо мислити, самостійно вирішувати проблеми, занижена самооцінка, відсутність віри у власні можливості.

Можливі наслідки для батьків – відчуття безсилля, нездатності вплинути на ситуацію, що посилюють незадоволення дитиною та собою як батьками.

Наслідки для родини – холодність, неприязнь, емоційна віддаленість, ворожість, конфлікти – родина перетворюється на поле битви, діти не можуть витерплювати батьків.

Поступливість

На цьому шляху батьки заради «святого спокою» поступаються дитині, хоча це суперечить її відчуттям і потребам. Вони підкоряються волі дитини, щоб уникнути конфронтації. Постать батьків поступлива, але наелектризована злістю, роздратуванням щодо «самолюбної, сповненої бажань і претензій» дитини.

Дитина почувається у вигазі: «Я перемогла». Це породжує змішані відчуття: тріумф, відчуття провини, невпевненість, викликані відсутністю опору з боку дорослого. Вона може думати: «Всі повинні мені підкорятися», «Найважливіші мої відчуття і потреби», «Батьки все зроблять заради мене, варто тільки бути впертою». Свою волю дитина диктує за допомогою крику, плачу, шантажу, тиску.

Можливі наслідки для дитини – невпевненість у любові батьків, яка впливає з того, що дитина відчуває їх невисловлений гнів та незадоволення, відсутність відчуття безпеки через своєрідну зміну ролей – батьки виявляються «слабкими», а дитина – «сильною». У дитини може розвинутися імпульсивний спосіб реагування, егоїзм, нездатність підпорядковуватися авторитетові, суспільним та етичним нормам, а також працювати в колективі (виникають проблеми в школі, з ровесниками).

Можливі наслідки для батьків – неприязнь до дитини, безсилля, незадоволення собою як батьками, незадоволення з приводу постійних поступок дитині всупереч своїм потребам та відчуттям.

Наслідки для родини – віддаленість, холодність, неприязнь (батьки не можуть витримувати свою дитину, їм не подобається бути з нею).

Діалог

На шляху діалогу батьки передають дитині важливі для них цінності, враховуючи відчуття та потреби дитини, а в ситуації конфлікту шукають спільне рішення, яке б задовольняло всіх зацікавлених. Батьки поважають відчуття, потреби та думки дитини. Допмагають дитині розкривати свої можливості, підтримують формування її високої самооцінки. Також батьки поважають свої потреби та відчуття, можуть твердо сказати «ні», коли ситуація вимагає цього.

Тому дитина може бути задоволена сама собою, відчувати повагу до власної думки та думки батьків (вчителів, інших людей), мати високе відчуття власної вартості та відповідальності за свої вчинки. Дитина може думати: «Я можу сама приймати рішення, я можу бути відповідальною, я здатна багато на що і хочу спробувати свої сили, а якщо в мене не вийде – спробую ще раз».

Можливі наслідки для дитини – бажання співпрацювати з батьками, їй подобається бути з ними і вона любить свій дім. Дитина розвиває впевненість у собі, повагу до потреб і почуттів інших.

Можливі наслідки для батьків – задоволення собою як батьками, відчуття близькості, радість від перебування разом з дитиною, приязні стосунки з нею. Можливість висловити своє незадоволення (гнів, розчарування, злість), не ображаючи дитину.

Наслідки для родини – менше конфліктів, бо вони вирішуються вчасно. Дитина вчиться самостійності та відповідальності. Розвивається діалог між батьками та дітьми, формуються міцні емоційні зв'язки та вміння виявляти взаємну турботу.

Література

1. **Бех І. Д.** Виховання особистості: У 2 кн. Кн. 2. Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади: Наук. видання. – К.: Либідь, 2003. – 344 с.

2. **Галицких Е. О.** Диалог в образовании как способ становления толерантности: Уч.-метод. пос. – М.: Академический проект, 2004. – 240 с.

3. **Популярная** психология для родителей/Под ред. А. А. Бодалева. – М.: Педагогика, 1998. – 256 с.

4. **Сериков В. В.** Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. – М., 1999. – 272 с.

5. **Технологія** тренінгу/Упоряд.: О. Главник, Г. Бевз/За заг. С. Максименка. – Главник, 2005. – 112 с.

6. **Шпевак З.** Як говорити, щоб діти нас слухали. Як слухати, щоб діти з нами говорили/Робочі матеріали семінару. – К., Християнський дитячий фонд. – 23 с.



Застосування трьох шляхів у вихованні

Мета: на конкретних прикладах проаналізувати різні виховні підходи батьків стосовно дитини.

Хід проведення

За допомогою кольорових фігурок тренер об'єднує учасників у три групи, кожна з яких вибирає картку з надписом «Влада», «Поступливість», «Діалог».

Завдання: у відповідності з написом на картці придумати проблемну ситуацію у сім'ї та за допомогою рольової гри продемонструвати її. Час на підготовку – 20 хв.

Кожна група по черзі розіграє проблемну ситуацію в сім'ї, де батьки застосовують певний виховний підхід: «Влада», «Поступливість», «Діалог».

Учасники вгадують, який це був підхід і чому саме вони так вважають. Таким чином, учасники краще усвідомлюють отриману інформацію, розуміють особливості кожного виховного підходу, його недоліки та переваги.

Запитання для обговорення:

- Як почувалися учасники в ролі дитини, батьків у кожному окремому випадку?
- Як виявляють батьки свою любов до дитини у кожному з випадків?
- Що важливого у розігруванні стосунків помітили «глядачі»?
- Які важливі висновки Ви для себе зробили, аналізуючи кожен із виховних підходів у сім'ї?



Творче завдання «Спогади дитинства»

Мета: сприяти актуалізації дитячого досвіду батьків для усвідомлення і розуміння проблем, які зараз переживає дитина.

Хід проведення

I етап. Тренер пропонує учасникам озирнутися на своє минуле і пригадати своє дитинство у віці, в якому зараз перебуває їхня дитина (15 хв.)

Завдання:

1. Пригадайте себе у віці Вашої дитини.
2. Що для Вас було важливим.
3. Яким був Ваш характер, особливості поведінки.
4. Повертаючись у сьогодення, пригадайте ті вчинки Вашої дитини, які Вам не подобаються, і уявіть, як би Ви вчинили на її місці.
5. Спробуйте знайти в кожному з цих вчинків такі сторони, які можуть викликати у Вас розуміння чи навіть відчуття радості, задоволення.
6. Визначте в кожному конкретному випадку, що саме нагадує про Ваші вчинки в минулому.
7. Подумайте про те, як саме поведінкові прояви дитини відображають її індивідуальність та до чого вона прагне.

II етап. Учасники розповідають про свої спостереження.

Тренер підсумовує: не забувайте, що одна із переваг батьків – радіти приємним сюрпризам своєї дитини.

Бажання батьків дозволяти дитині робити те, ЩО ВОНА ХОЧЕ, і бути КИМ ВОНА ХОЧЕ, – і є, в кінцевому рахунку, проявом любові до неї.

Звичайно, батьки інколи прагнуть попередити неприємності у житті дитини, огородити її від помилок, але у цьому разі найбільшою помилкою батьків є позбавлення дитини досвіду та здатності самостійно пізнавати життя.



Тренувальна вправа «Як звертатися до дитини»

Мета: розглянути особливості спілкування батьків та дітей і відпрацювати комунікативні вміння.

Хід проведення

Учасники об'єднуються в пари. Одному з них пропонується виконувати роль батька, іншому – дитини.

Тренер пропонує попрактикуватися взаємодіяти з дитиною на основі «правильних» (Б) і «неправильних» (А) звернень. Учасник отримує 2 картки з різними зверненнями і повинен з різною інтонацією сказати фразу відповідно до ситуації.

Після програвання кожної пари учасники обговорюють, чому до дитини краще звертатися за допомогою одних фраз та чим інші звернення можуть їй нашкодити.

Картки зі зверненнями батьків до дитини

А – Говорите з жахом: *«Облиш! Не чіпай цей молоток! Це чоловіча справа!»*

Б – Говорите спокійно та доброзичливо: *«О! Я бачу, ти хочеш забити цей цвях. Подивись, молоток треба тримати так, а цвях – отак...»*

А – Дитина хоче допомогти Вам скласти пазли. Ви сердитесь, відкидаєте її руки і кажете: *«Облиш! Ти їх зіпсуєш! Якщо ти знищиш пазли, я буду змушена за них заплатити!!! Іди робити уроки!»*

Б – Візьміть дитину за руку і твердо скажіть: *«Мені*

важливо, щоб ти ретельно намилала руки, помила і витерла їх насухо! Потім прийдеш, і ми разом складемо пазли. Руки мають бути чистими, бо ми маємо віддати пазли в ідеальному стані».

А – Говорите з стурбованістю у голосі: *«Почни нарешті вчити цей вірш. Ти ж знаєш, що ти слабіша учениця і потребуєш більше часу на навчання!»*

Б – Скажіть з радістю у голосі: *«А пам'ятаєш, як у минулому році ти боялася того довгого вірша Тараса Шевченка, але ж вивчила і отримала таку гарну оцінку! Додай собі мужності! Вивчиш і зараз!»*

А – Кричите: *«Перестань його бити! Ти поводишся, як бандит! Що з тебе виросте!»*

Б – Візьміть дитину за руку і скажіть рішучим тоном: *«Мені не подобається, що ти його б'єш! Битися не можна! Скажи брату словами, чого ти хочеш. Я вірю, що ти зможеш захистити себе у гідний спосіб!»*

А – Говорите жалісливим тоном: *«Синочку, чому ти такий лінивий! Ти ж здібний хлопчик. Якби ти не був таким лінивим, то міг би добре вчитися. Я справді не знаю, в кого ти такий вдався!»*

Б – Говорите рішуче, але доброзичливим і діловим тоном: *«Синочку, ти досить розумний та здібний для того, щоб досягнути це! Я чекаю від тебе рішучих змін у школі».*

А – Говорите незадоволено та з гнівом до дитини, яка не хоче виступати на публіці: *«Перестань боятися! Тут нічого боятися та соромитися! Ти вже велика, а поводишся, як мала дитина! Ну давай! Не бійся!»*

Б – Говорите спокійним голосом із розумінням: *«Ти боїшся? Ти напевно трохи засоромилась? Декламувати вірш на публіці — це дуже складна справа навіть для справжніх акторів... Це називається хвилюванням. Але, напевно, ти скоро переможеш цей страх! Ти переконаєшся...»*

◆ ◆ ◆
Описова похвала

Чомусь серед батьків побутує думка, що, вказуючи дитині на недоліки, критикуючи її, вони водночас її виховують. А чим більше ми звертатимемо увагу на позитивні сторони і хвалимо дитину, тим скоріше виховаємо самозакоханого егоїста. Це є великою помилкою. Насправді, похвала є корисною, але найважливішим є те, як саме її застосовувати.

Похвала має бути щирою, це – позитивна оцінка людини і її дій. Але деякі види похвали можуть призвести до результату, протилежного тому, який очікувався. Вона може викликати незручність, хвилювання, провину і погану поведінку. Уявимо, що дорослий хвалить підлітка:

«Молодець»;

«Ти добре виконав роботу»;

«Ти — справжній математик».

Чому ж у відповідь ми чуємо:

«Я зовсім не такий»;

«Насправді це не моя заслуга»;

«Мені просто пощастило».

Ці висловлювання не відображають впевненості і спокою. Чому ж підлітки реагують на похвалу захисними реакціями? Похвала – це оцінка. А оцінювання неприємне. Оцінювальний судить. Ті, кого судять, відчують хвилювання. Похвала, як і критика, може бути шкідливою. «Ти завжди така хороша». «Ти завжди такий щедрий». «Ти завжди такий чесний». Така похвала викликає тривогу. Вона зобов'язує людину жити за неможливими стандартами. Ніхто не може бути завжди хорошим, щедрим і уважним.

Неконкретна похвала або ж та, яка оцінює особистість чи характер, неприємна і ненадійна. Похвала, яка описує зусилля, досягнення і відчуття, корисна і надійна.

Девіз описової похвали: «Опиши, але не оцінюй». Опишіть події, але не оцінюйте особистість. Описуйте від-

чуття, але не оцінюйте характер. Дайте правдиву картину досягнень, але не вихвалляйте людину.

Визнання за допомогою опису (на противагу оцінювальній похвалі) може призвести до реалістичної самооцінки. Наші слова мають ясно описати, що нам подобається і що ми цінуємо у дитині, її зусилля, досягнення чи результати творчості. Ми описуємо конкретну подію і наші конкретні відчуття до неї. Вона ж робить загальні висновки про свою особистість і характер. Якщо наші висловлювання реалістичні і сповнені розуміння, то її висновки позитивні і конкретні.

Наприклад,

Оцінювальна похвала: «Ти – молодець!» (Вона є неконкретною і поверховою.)

Описова похвала: «Так приємно бачити в твоїй кімнаті порядок! Тепер тут затишно!»

Можливий висновок: «Я – акуратна».

Наша похвала за допомогою опису допомагає дитині зробити висновок, що вона здібна, її цінують, поважають.

Алгоритм описової похвали

1. Опиши те, що ти бачиш, чуєш, відчуваєш.

Опиши в найдрібніших деталях те, що дитина зробила, сказала:

а) Я бачу помитий тобою посуд.

б) Я чую, що ти намагаєшся не ображати брата, хоч ти дуже розгнівана на нього...

в) Коли я захворіла минулого року, ти доглядав за мною, провітрював кімнату, приносив мені чай з лимоном, робив компреси на голову, бігав увечері за ліками до аптеки.

2. Опиши свої відчуття.

а) Приємно повертатися додому і з порогу бачити такий порядок.

б) Я задоволена і дуже тобі вдячна за те, що ти намагаєшся тримати себе в руках.

в) Я до сьогодні зворушена твоєю турботою.

3. Підсумуй гідну похвали поведінку дитини коротким реченням.

а) Ти будеш хорошою господинею.

б) Це говорить про твою терплячість і добре серце.

в) Ти ростеш дбайливим і людяним.

У яких випадках використовувати похвалу?

– Коли дитина чогось навчилася і ми хочемо підкріпити хороші результати.

– Коли дитина демонструє конструктивну поведінку.

– Навіть тоді, коли дитині не все вдається, – за найменші кроки до успіху.

– За спробу, навіть, коли вона не вдалася.

Література

1. **Основи** батьківської компетентності: Навч. Посіб./ Упорядн.: Т. Г. Веретенко, І. Д. Зверева, Н. Ю. Шевченко; За ред. І. Д. Зверєвої. – К.: Наук. Світ, 2006. – 156 с.

2. **Популярная** психологія для родителів/Под ред. А. А. Бодалева. – М.: Педагогіка, 1998. – 256 с.

3. **Спілкуємось** та діємо/О. Безпалько, В. Гончарова, І. Авдеева, Ж. Савич. – К.: Міленіум, 2002. – 112 с.

4. **Шпектакль З.** Як говорити, щоб діти нас слухали. Як слухати, щоб діти з нами говорили/Робочі матеріали семінару. – К., Християнський дитячий фонд. – 23 с.



Колаж «Правда про права»

Мета: сприяти усвідомленню потреб, бажань, можливостей, а також прав батьків та дітей у сім'ї.

Хід проведення

Етап I. Учасники об'єднуються у дві групи. Перша група створює колаж на тему «Портрет Дитини», інша – на тему

«Портрет Батька» (15 хв.) По завершенні роботи групи презентують свої напрацювання.

Етап II. Учасники продовжують працювати у мікрогрупах.

Кожна група складає список прав – дитини та батьків (10 хв.).

По черзі пропонують права, причому кожне право може бути внесене в кінцевий список тільки тоді, коли воно прийняте іншою стороною. Кожна сторона має можливість відхилити якесь право або наполягати на його зміні. Ведучий регулює дискусію, по закінченні якої учасники обмінюються своїми думками в колі.

Запитання для обговорення:

– Чи допомогла вправа по-іншому подивитися на світ дорослих та дітей?

– Чи погоджуєтеся Ви з думкою, що не тільки дорослі виховують дітей, а й діти виховують дорослих?

– Чи могли б Ви назвати нові риси характеру, які з'явилися у Вас завдяки спілкуванню з Вашою дитиною?



Творче завдання «Коло часу»

Мета: сприяти усвідомленню батьками необхідності спільного проведення часу з дітьми.

Хід проведення

Тренер пропонує учасникам поділити намальоване на аркуші паперу коло (24 години) у відповідності до власного типового режиму дня, розподілу усіх цих годин на виконання будь-якої діяльності – роботи, відпочинку, спілкування тощо. Аналізуючи своє коло, кожен учасник відзначає ті години, які він проводить зі своєю дитиною: грається, допомагає у вивченні уроків, розмовляє, гуляє. Потрібно цей час позначити особливим кольором на діаграмі.

Запитання для обговорення:

– Чи допоміг даний аналіз діаграми краще усвідомити,

скільки часу насправді Ви проводите з дитиною?

– Як багато часу Ви приділяєте собі?

– Проаналізуйте, як можна за рахунок інших справ збільшити час для себе та для своєї дитини?

Український фонд «Благополуччя дітей»
(нова назва Християнського дитячого фонду)
**Центр з проблем соціальної педагогіки
та соціальної роботи АПН України
та Луганського національного педагогічного
університету імені Тараса Шевченка**

**Основи громадського здоров'я:
теорія і практика**
Навчально-методичний посібник

Відповідальний за випуск Калита Ю. М.
Комп'ютерна верстка Зеленська А. М.

ВАТ «Патент»
88006, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
Тел.: (0312) 66-07-03

Підписано до друку 19.03.08. Формат 60x90/16.
Папір офсетний. Друк Офсетний.
Ум.-друк. арк. 20,4. Обл.-вид. арк. 36,68
Наклад 1000 прим. Зам. №

Віддруковано