

Закарпатська обласна державна адміністрація
Закарпатський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
Центр профілактики та боротьби із СНІДом
Закарпатський обласний наркологічний диспансер

**Профілактична робота з підлітками та
молоддю з питань пропаганди
здорового способу життя,
профілактики алкоголізму, наркоманії
та ВІЛ-інфекції**

методичний посібник

Ужгород
2010

У виданні подано методи профілактичної роботи з підлітками та молоддю у сфері запобігання інфікуванню ВІЛ-інфекцією, захворюваннями, що передаються статевим шляхом, а також наркоманії та алкоголізму.

Для соціальних працівників, волонтерів системи центрів СССДМ, працівників кабінетів «Довіра», педагогічних та бібліотечних працівників, представників ВІЛ-сервісних організацій.

А в т о р и:

Брич Валерія Володимирівна – завідувачка відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи та епідмоніторингу Закарпатського обласного Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом

Сокач Ярослав Іванович – головний спеціаліст відділу методичного забезпечення соціальної роботи Закарпатського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Романюк Наталія Володимирівна – директор Закарпатського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Глаголич Слава Юрійвна - заступник головного лікаря Закарпатського обласного наркологічного диспансеру з медсестринства

Гуцол Іванна Ярославівна – головний спеціаліст Закарпатського обласного Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом

Демидчук Наталія Йосипівна – бібліотекар бібліотеки-філії № 2 Ужгородської ЦБС

Р е ц е н з е н т и:

Миронюк Іван Святославович – доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсами ВІЛ-інфекцій, патоморфології та фтизіатрії медичного факультету УжНУ, кандидат медичних наук.

Шандор Федір Федорович – доцент кафедри соціології і соціальної роботи, директор Карпатського центру полігрових досліджень, завідувач кафедри туризму УжНУ, кандидат соціологічних наук.

Рекомендовано до видання Вченою радою Ужгородського національного університету (протокол № 2 від 25.02.2010)

Це видання було підготовлено до друку Закарпатським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Закарпатським обласним Центром з профілактики та боротьби зі СНІДом, Закарпатським обласним наркологічним диспансером, бібліотекою-філією № 2 Ужгородської централізованої бібліотечної системи.

ЗМІСТ

Вступ	1
I. Методичні рекомендації щодо організації та проведення соціально-профілактичної роботи з різними категоріями населення.....	2
1.1. Визначення принципів, мети та завдань первинної та вторинної профілактики вживання наркотиків та інфікування ВІЛ/ПСШ	2
1.2. Особливості поведінкових втручань. Процес зміни поведінки.....	20
1.3. Застосування соціально-педагогічних технологій у соціальній роботі.....	24
1.4. Вибір форм роботи з клієнтами з позицій вікового підходу.....	25
1.5. Добровільне консультування і тестування на ВІЛ в системі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників уразливих груп.....	27
1.6. Підвищення ефективності проведення вуличної соціальної роботи (аутріч-роботи) серед груп ризику	36
1.7. Перенаправлення та переадресація клієнтів ЦСССДМ до державних та громадських організацій	54
18. Тренінг, як форма навчання.....	60
II. Матеріали для практичного застосування соціальними працівниками та волонтерами в проведенні профілактичної роботи.....	72
2.1. Семінар-тренінг для учнів старших класів ЗОШ „ОБЕРИ ЗДОРОВ’Я – ОБЕРИ ЖИТТЯ”.....	72
2.2. Тренінг для педагогів та учнів ЗОШ „ПРОБЛЕМА ВІЛ СТОСУЄТЬСЯ КОЖНОГО	75
2.3. Тренінг „НАРКОМАНІЯ – ТИ – ЗАКОН”	87
2.4. Бесіда „Мішень цигарки —► молодь всього світу”.....	89
2.5. Бесіда „Алкоголь та наркотики”.....	95
2.6. Бесіда „Наркоотрута”	98
2.7. Бесіда „СЕРЙОЗНА РОЗМОВА ПРО НАРКОТИКИ”	100
2.8. Бесіда „ЧИ РЕАЛЬНО СКАЗАТИ „НІ”.....	102

III. Рольові вправи.....	105
3.1. „Потрібно щось робити!”	105
3.2. „SOS”.....	105
3.3. „Поліна – Піцца – Прага”	106
3.4. „Доля”.....	106
3.5. „Листок із секретом”	107
3.6. „Спірні твердження”	107
3.7. „Ступінь ризику”	109
3.8. „Життя з хворобою”	110
Перелік використаної літератури	112

ВСТУП

Здоров'я людини – не тільки індивідуальна, а й суспільна цінність. Формування здорового способу життя підлітків та молоді стала важливою складовою соціально-економічної та гуманітарної державної політики. На порядку денному держави – проведення комплексу глибоких соціально-економічних реформ, спрямованих на збереження та розвиток людського капіталу з метою оновлення нації та забезпечення входження України в коло найбільш конкурентноспроможних країн світу.

Однак стійкого переконання у необхідності дотримання здорового способу життя у молодіжному середовищі не сформовано. Більшість юного покоління стурбована станом навколишнього середовища, умовами праці, навчання та відпочинку, власним матеріальним становищем, доступністю та якістю медичного обслуговування. Гострими стали проблеми бідності, безпритульності, безробіття, забезпечення здоровим харчуванням. Негативно вплинули на здоров'я молоді наслідки світової кризи.

Як результат – переважають безнадія, пасивні форми дозвілля, різні форми залежності: алкоголь, тютюнопаління, наркотики тощо. Не користуються популярністю у підлітків та молоді заняття фізичною культурою та спортом, продовжує стрімко поширюватись ВІЛ-інфекція. Велика кількість молоді вживає психоактивні речовини, що негативно впливає на їх здоров'я.

Особливо високо ризикованою поведінкою відрізняються споживачі ін'єкційних наркотиків. Не можна заперечити той факт, що в Україні споживання ін'єкційних наркотиків набуло масштабів епідемії. Це призводить до „вимивання” із суспільно-корисного життя молодого, перспективного прошарку населення.

Поширюється практика дошлюбних та позашлюбних статевих зв'язків, що створює додаткові ризики до поширення соціально-небезпечних хвороб.

Саме тому проведення профілактичних заходів з метою подолання негативних явищ у підлітковому та молодіжному середовищі стає одним із основних завдань державної політики, державних та громадських організацій.

Ця публікація є результатом роботи не тільки авторського колективу її авторів, а й спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Закарпатського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, кабінетів «Довіри», Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, різних установ та відомств області. Не претендуючи на вичерпне розкриття порушених проблем, сподіваємося, що даний методичний посібник стане у нагоді керівникам, соціальним працівникам, залученим фахівцям, волонтерам спеціалізованих формувань «Мобільний консультаційний пункт соціальної роботи», «Служб соціально-профілактичної роботи» центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівникам кабінетів «Довіра», педагогічним та бібліотечним працівникам, представникам ВІЛ-сервісних організацій.

I. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ

1.1. Визначення, принципів, мети та завдань первинної та вторинної профілактики вживання наркотиків та інфікування ВІЛ/ПСШ

Профілактика – це активний процес створення умов для підвищення якості життя, формування особистих якостей людини, які сприяють її благополуччю. Цей процес сприяє:

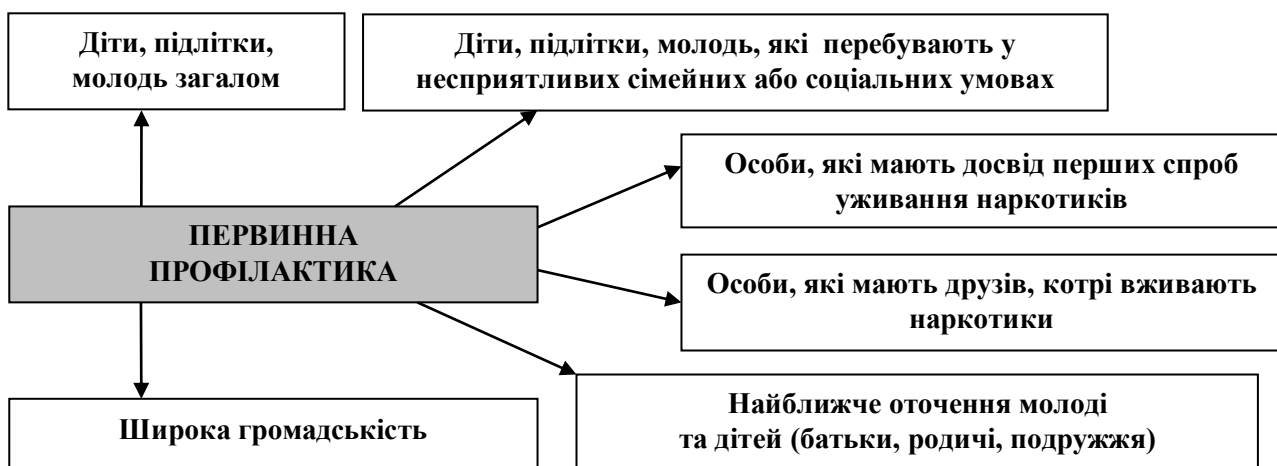
- забезпеченню безпечного і підтримуючого середовища;
- доступу до інформації;
- допомозі в набутті життєвих навичок.

Найбільш ефективними способами профілактики є консультування та доступ до спеціалізованих служб допомоги.

Виокремлюють такі типи профілактики:

Первинна профілактика – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що попереджають, стримують зловживання наркотиками або інфікування ВІЛ та ПСШ. Вона спрямована на здорову молодь – тих, хто ще не почав вживати психоактивні речовини, не мав інфекцій, які передаються статевим шляхом, небезпечної сексуальної поведінки тощо. Мета первинної профілактики – це зміна ціннісного ставлення власної поведінки, а також формування відповідальності за неї.

Цільові групи профілактики:



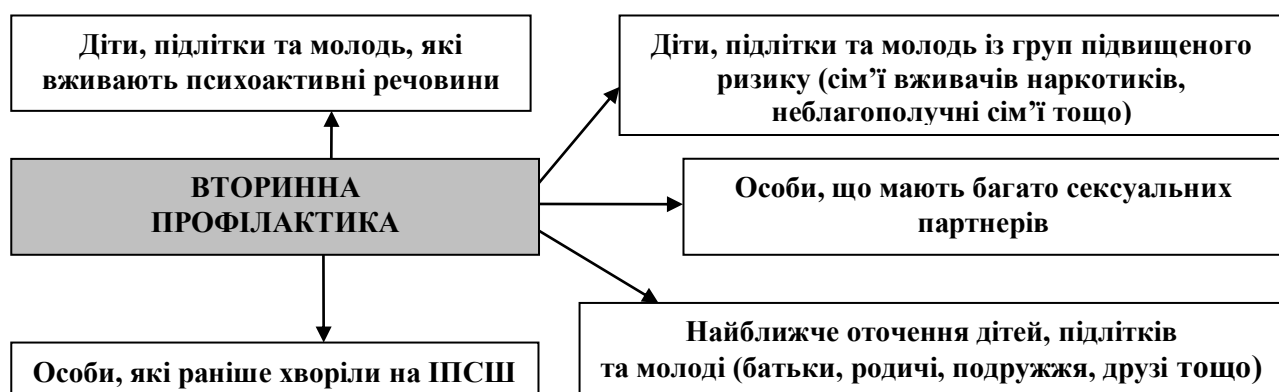
Основні завдання первинної профілактики:

- попередження немедичного вживання наркотичних речовин та ризикованих статевих зв'язків;
- інформування дітей, молоді та різних категорій сімей про ВІЛ/ПСШ, наслідки вживання наркотичних речовини;

- формування та закріплення навичок безпечної поведінки серед дітей та молоді для запобігання ВІЛ/ПСШ;
- створення умов для закріплення навичок безпечної поведінки через забезпечення доступу до презервативів;
- забезпечення доступу до обстеження на ПСШ та їх лікування, тестування на ВІЛ-інфекцію, тощо.
- створення системи надання адресних профілактичних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- забезпечення доступу дітей, молоді та їхніх батьків до адресних профілактичних соціальних послуг;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання наркотичної залежності та ВІЛ/ПСШ.

Вторинна профілактика – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що попереджують формування захворювання і ускладнень, пов'язаних з уживанням наркотиків серед тих, хто вживає їх епізодично і ще не має ознак захворювання. Мета вторинної профілактики – максимально скоротити вплив психоактивних речовин на людину, обмежити ступінь шкоди безпосередньо для споживача та його найближчого оточення, зберегти рівень психічного та соціального благополуччя людини, попередити хронічне захворювання.

Цільові групи профілактики:



Основні завдання вторинної профілактики:

- раннє виявлення дітей та молоді, які вживають наркотичні речовини, але ще не мають залежності, мотивація їх до змін поведінки;
- забезпечення комплексу заходів з інформування та навчання цього контингенту та його оточення;
- зниження ризику інфікування ВІЛ/ПСШ шляхом усунення поведінкових факторів ризику;
- мотивація молоді з ризикованою поведінкою до зміни поведінки на безпечну;
- формування та розвиток навичок безпечної поведінки для запобігання ВІЛ/ПСШ;
- сприяння доступу до тестування, діагностики, лікування ВІЛ та ПСШ тощо;
- створення системи зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин;

- забезпечення доступу до програм зменшення шкоди від уживання наркотичних речовин;
- створення системи надання комплексних адресних послуг молодим особам та їхнім батькам;
- забезпечення доступу до комплексного обстеження і надання кваліфікованої психологічної, медичної, педагогічної та соціальної допомоги, а також комплексних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання ВІЛ/ПСШ.

Третинна профілактика або реабілітація – це комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, що спрямовані на попередження зривів та рецидивів захворювання (наркоманія чи ПСШ), сприяння відновленню особистісного та соціального статусу споживача психоактивних речовин, людини, яка мала інфекції, що передаються статевим шляхом та людини, яка живе з ВІЛ/СНІДом, їх повернення у сім'ю, навчальний заклад, трудовий колектив тощо.

Цільові групи профілактики:



Основні завдання третинної профілактики:

- лікування та адаптація осіб, які мають залежність, та осіб, які живуть з ВІЛ;
- профілактика рецидивів;
- формування навичок поведінки, спрямованої на вирішення проблем та соціально прийнятної поведінки;
- формування та розвиток навичок безпечної поведінки для запобігання ВІЛ/ПСШ;
- реабілітація та ресоціалізація;
- формування соціально підтримуючого середовища;
- забезпечення доступу до програм зменшення шкоди від уживання наркотичних речовин;
- забезпечення доступу до програм замісної терапії;
- створення системи надання комплексних, адресних послуг молодим особам та їхнім батькам;
- забезпечення доступу до комплексного обстеження і надання кваліфікованої психологічної, медичної, педагогічної та соціальної допомоги, а також комплексних соціальних послуг дітям, молоді та їхнім батькам;
- створення дієвих механізмів міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії щодо запобігання ВІЛ/ПСШ.

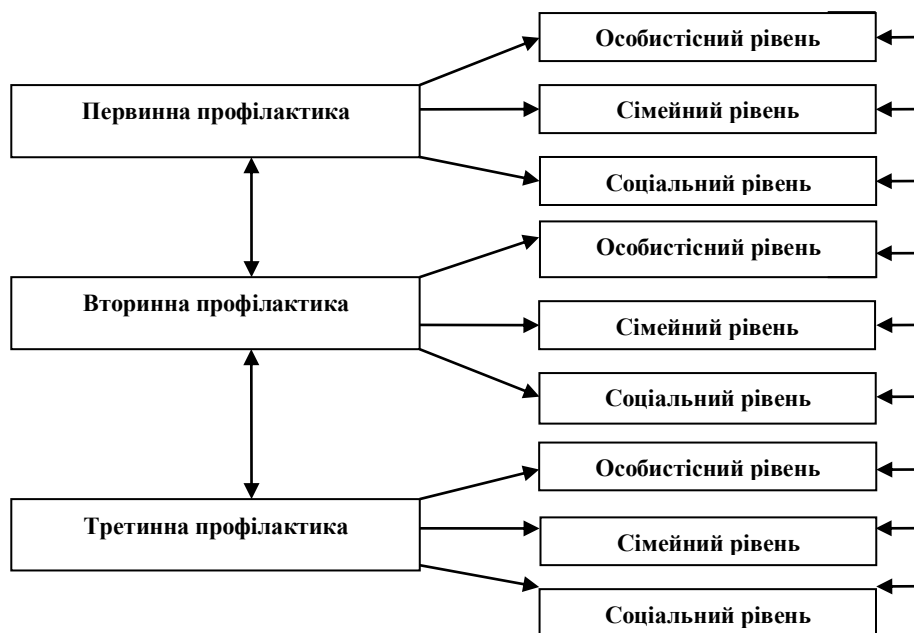
Усі типи профілактики здійснюються на трьох рівнях: особистісному, сімейному та соціальному.

Особистісний рівень профілактики – фокусування впливу на формуванні тих якостей особистості, які сприяють відповідальному ставленню до власних поведінки та здоров'я, підвищенню рівня здоров'я, самооцінки, впевненості у собі тощо.

Сімейний рівень профілактики передбачає вплив на найближче оточення, сім'ю з метою посилення та зміцнення впливу на особистість.

Соціальний рівень профілактики сприяє зміні суспільних норм щодо вживання наркотиків та ставлення до наркозалежних, людей, які мають інфекції, що передаються статевим шляхом, та людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.

Рівні профілактики



Основні напрями первинної профілактики:

1. Формування у дітей, підлітків, молоді та їх найближчого оточення негативного ставлення до наркотизації, небезпечної сексуальної поведінки через організацію навчання представників оточення, груп взаємопідтримки для «проблемних» сімей.
2. Попередження внутрішньосімейного залучення дітей, підлітків та молоді до наркотизації, алкоголізації, випадків насилля та жорстокого поводження, емоційного відторгнення за допомогою інспектування, патронажу, сімейного консультування, супроводу, залучення до груп взаємопідтримки тощо.
3. Надання допомоги сім'ї в конфліктних ситуаціях (член родини йде з дому, часті сварки між членами родини тощо) через консультування з питань сімейного примирення, допомога сім'ї в установленні контактів зі

спеціалістами, групами взаємодопомоги, психологічна та педагогічна корекція, навчання навичкам спілкування та підтримки тощо.

4. Навчання та виховання дітей, підлітків та молоді за допомогою навчальних та просвітницьких програм формування здорового способу життя (спеціальні тренінги, кінолекторії, тематичні акції, дискусії, рольові ігри, вистави тощо).
5. Формування у дітей, підлітків та молоді навичок безпечної поведінки, відповідального ставлення до свого здоров'я через спеціальні тренінги.
6. Відбір, формування та навчання волонтерських груп із числа дітей, підлітків та молоді з лідерськими якостями для профілактичної роботи серед ровесників за принципом «рівний – рівному».
7. Організація взаємодії між усіма суб'єктами профілактики (соціальні служби, служби у справах неповнолітніх, кримінальна міліція, медичні заклади, правоохоронні органи, заклади освіти, групи батьків, громадські організації тощо) для забезпечення доступу дітей, підлітків, молоді та їх найближчого оточення до комплексних соціальних послуг, діагностики ВІЛ та ІПСШ.
8. Організація, проведення моніторингу й оцінки поширення вживання психоактивних речовин, ВІЛ-інфекції та ІПСШ, заходів протидії цим явищам тощо.

Основні напрями вторинної профілактики:

1. Надання допомоги сім'ї в конфліктних ситуаціях (член родини почав вживати наркотики, пройшов антинаркотичне лікування, перебуває на лікуванні чи реабілітації тощо) через консультування з питань сімейного примирення, допомога сім'ї в налагодженні контактів зі спеціалістами, групами взаємодопомоги, психологічна та педагогічна корекція, навчання навичкам спілкування та підтримки особи, яка вживає наркотики, хворіє на ІПСШ чи є ВІЛ-інфікованою.
2. Залучення осіб, які вживають наркотики, ВІЛ-інфікованих чи хворих на ІПСШ до груп взаємопідтримки.
3. Залучення представників найближчого оточення осіб, які вживають наркотики, ВІЛ-інфікованих до груп взаємопідтримки.
4. Забезпечення доступу до комплексних соціальних та медичних послуг.
5. Зниження ризику інфікування ВІЛ за допомогою впровадження програм «зменшення шкоди».
6. Зниження ризику інфікування ВІЛ, а також лікування наркозалежності за допомогою впровадження програм замісної терапії.
7. Відбір, формування та навчання волонтерських груп із числа осіб, які є наркозалежними, ВІЛ-інфікованими та хворими на ІПСШ з лідерськими якостями для профілактичної роботи серед ровесників за принципом «рівний – рівному».
8. Організація взаємодії між усіма суб'єктами профілактики (соціальні служби, служби у справах неповнолітніх, кримінальна міліція, медичні заклади, правоохоронні органи, заклади освіти, групи батьків, громадські організації тощо) для забезпечення доступу осіб, які є наркозалежними, ВІЛ-інфікованими або хворими на ІПСШ, їх найближчого оточення до комплексних соціальних послуг, діагностики та лікування наркозалежності, ВІЛ та ІПСШ.

9. Організація і проведення моніторингу й оцінки поширення вживання психоактивних речовин, ВІЛ-інфекції та ПСШ, заходів протидії цим явищам тощо.

Профілактична діяльність здійснюється через систему соціальних послуг, які надає соціальна служба для молоді. Профілактичні заходи повинні відповідати стандартам якості. Всі послуги профілактичної діяльності надаються консультантами з відповідним рівнем підготовки (зазначено у стандартах). Послуги надаються в залежності від потреб клієнта.

Принципи профілактичної діяльності

1. **Принцип системності** припускає розробку та проведення програмних профілактичних заходів на базі системного аналізу актуальної соціальної та епідеміологічної ситуації в країні стосовно соціально небезпечних хвороб.
2. **Принцип цілісності** визначає єдину цілісну стратегію профілактичної діяльності, яка обумовлюється загальними стратегічними напрямками, конкретними заходами та профілактичними акціями.
3. **Принцип всебічного спрямування** передбачає поєднання різних аспектів профілактичної діяльності:
 - освітній компонент (формування системи уявлень, знань та ставлень);
 - соціальний компонент (реалізація соціальних потреб у рамках профілактичної діяльності);
 - психологічний компонент (формування навичок відповідальної та здорової поведінки).
4. **Принцип ситуативної адекватності** означає відповідність профілактичних дій реальній соціально-економічній ситуації в країні та в навчальному середовищі, забезпечення безупинності, цілісності, динамічності, розвитку та вдосконалення профілактичної діяльності з урахуванням оцінки ефективності та моніторингу ситуації.
5. **Принцип індивідуальної адекватності** забезпечує розробку профілактичних програм з урахуванням вікових, гендерних, культурних, національних, релігійних та інших особливостей цільових груп.
6. **Принцип дотримання прав людини**, які не повинні порушуватися профілактичними діями.
7. **Принцип комплексності** припускає узгодженість взаємодії:
 - на професійному рівні – фахівців різних професій, у функціональних обов'язках яких є різні аспекти профілактичної роботи (вихователі, педагоги, дошкільні і шкільні психологи, лікарі, соціальні педагоги, соціальні працівники, працівники комісії у справах неповнолітніх і захисту їхніх прав, інспектори підрозділів у справах неповнолітніх тощо);
 - на відомчому рівні – органів і установ відповідної відомчої приналежності, що здійснюють профілактичну діяльність щодо соціально небезпечних хвороб у соціальному середовищі на регіональному рівні;

- на міжвідомчому рівні – органів і установ, відповідальних за реалізацію різних аспектів профілактики соціально небезпечних хвороб у соціальному середовищі в межах своєї компетенції (заклади освіти, охорони здоров'я та ін.);
- на рівні державних, громадських і міжнародних організацій.

Форми профілактичної діяльності:

Профілактичне інформування	Профілактичне навчання	Специфічні форми профілактики
<p>1. Короткі та тривалі інформаційні інтервенції.</p> <p>2. Цільові профілактичні, навчальні інтервенції.</p> <p>3. Цільові інформаційно-навчальні кампанії.</p>	<p>1. Короткі та тривалі навчальні інтервенції.</p> <p>2. Цільові профілактичні програми, орієнтовані на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ організацію та проведення навчально-тематичних заходів для цільових груп, у тому числі тренінгів з використанням комунікативних моделей зміни поведінки; ▪ підготовку спеціалістів центрів та волонтерів з питань профілактики; ▪ навчання волонтерів та представників громадських організацій у т. ч. за принципом „рівний – рівному”. 	<p>1. Комплексні профілактичні кампанії в громаді, в тому числі інформаційні.</p> <p>2. Постійні форми профілактичної роботи в громаді, в тому числі клубна профілактична робота.</p> <p>3. Соціально-реабілітаційні заходи;</p> <p>4. Заходи кримінологічної або медичної профілактики тощо.</p> <p>5. Програми «зменшення шкоди».</p> <p>6. Програми замісної терапії.</p>

Серед технологій, що використовуються у профілактичній діяльності, поширені також: мотивування, спостереження, корекція, обстеження, консультування, в т.ч. цільове, моніторинг, оцінка результатів, планування, підтримка, направлення, переадресація тощо.

Методи профілактики

У профілактиці використовуються *індивідуальні, групові методи та методи роботи у громаді*.

Індивідуальні методи

- **Соціальний патронаж** передбачає відвідування клієнтів із діагностичною (вивчення умов проживання, аналіз проблем та потреб), контрольною (оцінка становища, моніторинг результатів соціального супроводу) чи адаптивно-реабілітаційною (надання відповідної соціальної послуги) метою. Патронаж може бути одноразовим або регулярним залежно від обраної стратегії роботи з конкретним клієнтом.
- **Соціальний супровід** передбачає спостереження за особами, які отримують соціальні послуги, подолали чи долають наслідки складної життєвої ситуації і роблять спробу пристосуватися до соціального життя.
- **Втручання** проводиться як із клієнтом індивідуально, так і з усіма представниками його близького оточення з профілактичною, освітньою, психолого-педагогічною метою.
- **Консультування** проводиться з соціально-психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, юридичних, інформаційних та інших проблем, а також стосовно здорового способу життя. Основними прийомами консультування є навчання, переконання, художні аналогії тощо. Основні види консультування: індивідуальне і групове; одноразове та багаторазове; консультування за направленням інших фахівців або за особистим зверненням клієнта; очне та дистанційне (консультування по телефону, через Інтернет, ЗМІ тощо).

Групові методи

- **Тренінги**, основною метою яких є вирішення конкретних проблем сім'ї, клієнта, формування навичок спілкування, вирішення конфліктів, налагодження взаємодії, подолання психологічної кризи, планування майбутнього тощо. Залежно від мети до участі в тренінгу можуть залучатися члени родини клієнта, його родичі, друзі, знайомі, сусіди тощо;
- **Групове обговорення** конкретних проблем з метою їх вирішення, до якого можуть залучатися усі суб'єкти, яких вони стосуються.

Методи роботи з клієнтами у громаді

- **Групи взаємодопомоги** споживачів психоактивних речовин та їх близького оточення. Основними формами роботи таких груп мають бути регулярні зустрічі з метою взаємодопомоги, телефонний зв'язок, різноманітні спільні заходи (розважальні, туристичні, екскурсійні), навчальні та оздоровчі заняття тощо.
- **Розширення участі** споживачів психоактивних речовин у громадському житті за допомогою формування та розвитку соціальних зв'язків клієнта з оточуючими, їх активного залучення до отримання різних послуг, розширення соціального простору клієнта.

Методи та форми первинної профілактики

Форми профілактики	Методи профілактичної роботи		
	Індивідуальна робота	Групова робота	Робота в громаді
Профілактичне інформування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Короткі профілактичні інтервенції. 2. Тривалі профілактичні інтервенції (консультації з профілактичною метою). 3. Інформаційна бесіда, спрямована на формування особистісної та соціальної компетентності (з використанням друкованих матеріалів або інших джерел). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Групові консультації з профілактичною метою. 2. Інформаційні групові заходи (семінари, лекції тощо). 3. Інтерактивні форми групового профілактичного інформування (театр, кінофільми та ін.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соціальна реклама. 2. Профілактичні, в т.ч. комплексні профілактичні кампанії. 3. Профілактичне інформування через засоби масової інформації. 4. Програми формування здорового способу життя
Профілактичне навчання	<ol style="list-style-type: none"> 1. Консультації з навчання профілактичним протинаркотичним навичкам та навичкам безпечної сексуальної поведінки, попередження ВІЛ/ПСПШ-інфікування. 2. Профілактичне навчання щодо безпечної сексуальної поведінки. 3. Інші види профілактичного навчання, в т.ч. дистанційного. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактичні тренінги з навчання протинаркотичним навичкам та навичкам безпечної сексуальної поведінки, попередження інфікування ВІЛ та ПСПШ. 2. Комплексні профілактичні програми у шкільному, студентському, іншому середовищі. 3. Профілактичні програми на робочому місці. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактичні навчальні програми на територіальному або локальному рівні. 2. Профілактичні протинаркотичні програми, а також спрямовані на попередження інфікування ВІЛ та ПСПШ на робочому місці.
Спеціальні форми профілактики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактичні медичні огляди, в тому числі, наркологічні. 2. Програми, спрямовані на особистісне зростання. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аутріч-робота з окремими групами 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постійні форми роботи в громаді (клуби, соціальні центри та інше) 2. Заходи, спрямовані на розвиток та підтримку родинних стосунків. 3. Соціальний супровід та підтримка сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах. 4. Розповсюдження презервативів серед молоді з ризикованою поведінкою.

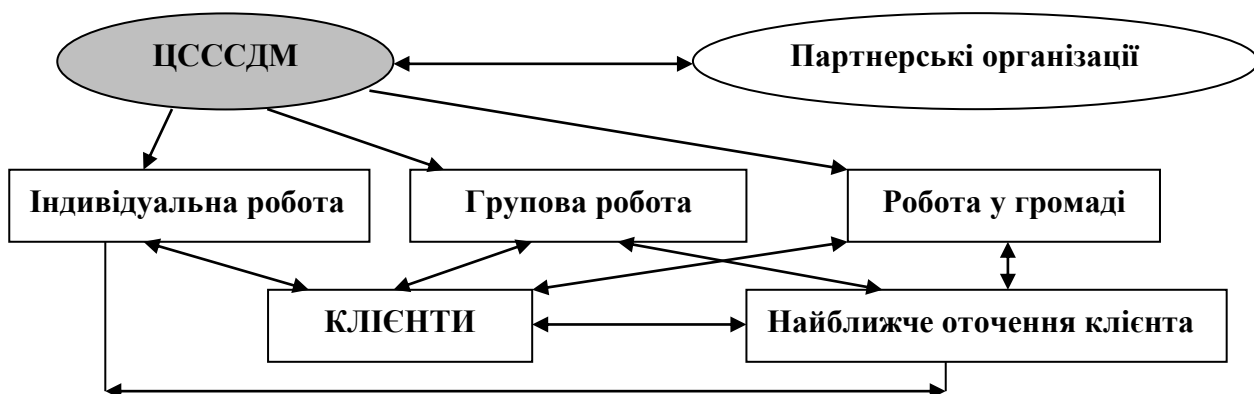
Методи та форми вторинної профілактики

Форми профілактики	Методи профілактичної роботи		
	Індивідуальна робота	Групова робота	Робота в громаді
Профілактичне інформування	<p>1. Індивідуальне профілактичне консультування, спрямоване на вирішення проблем, пов'язаних із ризиком вживання психоактивних речовин.</p> <p>2. Недиференційоване профілактичне інформування з використанням друкованих та інших матеріалів.</p>	<p>1. Групові консультації з профілактичною метою.</p> <p>2. Інформаційні групові заходи (семінари, лекції тощо).</p> <p>3. Інтерактивні форми – театр, КВН тощо.</p>	<p>1. Цільова соціальна реклама.</p> <p>2. Недиференційоване профілактичне інформування, в т.ч. через засоби масової інформації</p>
Профілактичне навчання	<p>1. Навчання, спрямоване на підвищення адаптивних форм поведінки та безпечної сексуальної поведінки; формування навичок захисту від уживання психоактивних речовин, запобігання інфікуванню на ВІЛ/ПСС;</p> <p>2. Навчання формуванню здорового способу життя.</p> <p>3. Навчання батьків та родичів особи з проблемною поведінкою, пов'язану з уживанням психоактивних речовин.</p> <p>4. Дистанційне профілактичне навчання.</p>	<p>1. Профілактичні тренінги з навчання протинаркотичним навичкам та навичкам безпечної сексуальної поведінки, запобігання інфікуванню на ВІЛ/ПСС.</p> <p>2. Тренінги для підвищення ресурсного потенціалу та соціальної компетентності особистості.</p> <p>3. Комплексні профілактичні програми у шкільному, студентському, іншому середовищі.</p> <p>4. Профілактичні програми на робочому місці.</p>	<p>1. Профілактичні навчальні програми на територіальному або локальному рівні.</p> <p>2. Профілактичні протинаркотичні програми та програми, спрямовані на запобігання інфікуванню на ВІЛ/ПСС на робочому місці.</p> <p>3. Програми формування здорового способу життя.</p> <p>4. Розповсюдження презервативів на робочих місцях.</p>
Спеціальні форми профілактики	<p>1. Профілактичні медичні огляди, в тому числі наркологічні, та інші заходи медичної профілактики.</p> <p>2. Кримінологічна профілактика;</p> <p>3. Міжвідомча та міжсекторальна взаємодія, направлена на створення умов запобігання ризикованій алкогольній та наркотичній поведінці.</p> <p>4. Програми, спрямовані на особистісне зростання.</p>	<p>Аутріч-робота з окремими групами (діти вулиці, споживачі ін'єкційних та не ін'єкційних наркотичних речовин);</p>	<p>1. Соціальний супровід та підтримка сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах.</p> <p>2. Постійні форми роботи у громаді (клуби, соціальні центри та інше).</p> <p>3. Заходи, спрямовані на розвиток та підтримку родинних стосунків.</p> <p>4. Обмін шприців.</p> <p>5. Розповсюдження презервативів серед молоді з ризикованою поведінкою</p>

Основні компоненти комплексної профілактичної програми для СІН щодо вторинної профілактики ВІЛ/ПСШ (ВООЗ, 2005)

1. Робота у громаді;
2. Інформація, навчання та комунікація;
3. Консультування щодо зменшення ризиків;
4. Програми дезінфекції;
5. Програми обміну шприців та голук;
6. Знищення використаних шприців;
7. Видача презервативів;
8. Доступність послуг для лікування залежностей;
9. Замісна підтримуюча терапія;
10. Лікування ВІЛ та ПСШ;
11. Первинна медична допомога;
12. Консультування за принципом „рівний-рівному”.

Загальна модель соціальних послуг, спрямованих на первинну профілактику наркозалежності, ВІЛ та ПСШ



Алгоритми використання у соціальній сфері моделі первинної профілактики вживання психоактивних речовин та інфікування на ВІЛ/ПСШ

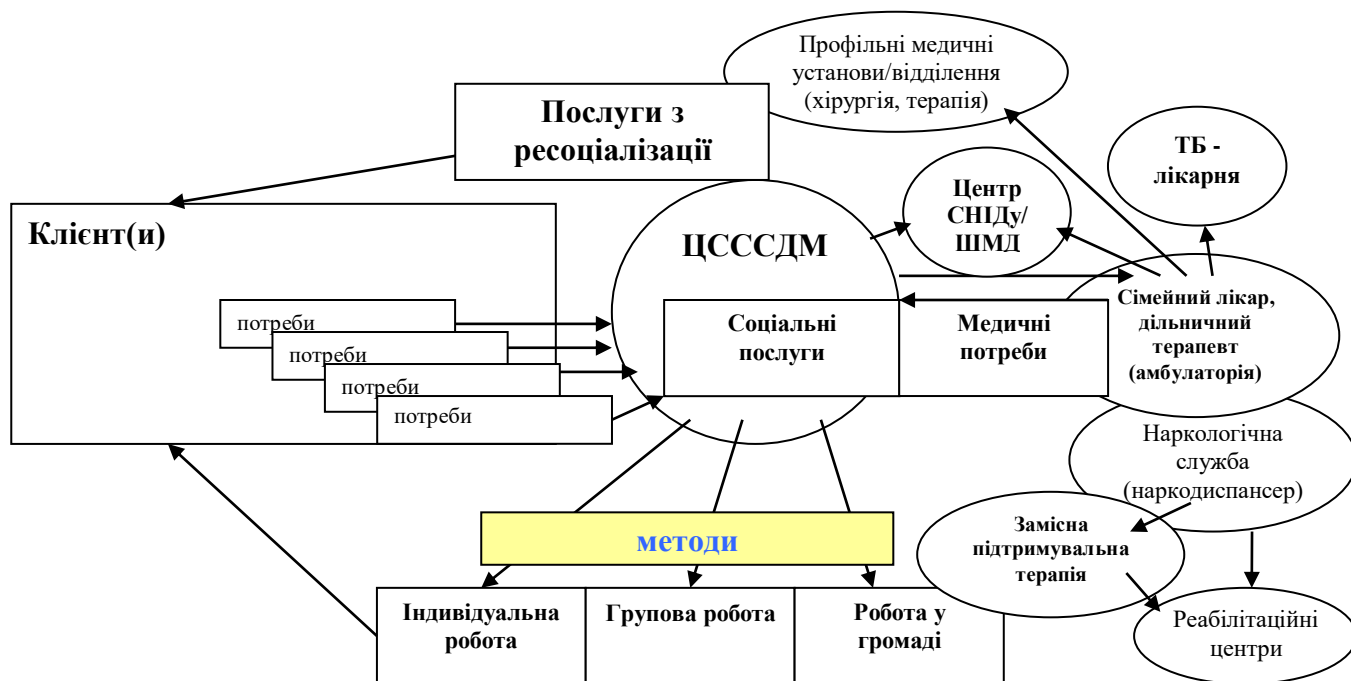
1. Вивчення потреб клієнта (ів):

- попереднє навчання соціальних працівників, що є обов'язковим елементом послуг;
- використання стандартизованих та затверджених інструментів;
- вивчення та врахування факторів впливу (мікро-, мезо- та макrorівнів), соціального оточення клієнта та соціально-економічного становища;
- розробку та узгодження індивідуального/групового плану роботи.

2. Робота з надання послуг:

- проводиться центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді або партнерською організацією з урахуванням міжсекторальної взаємодії;
- забезпечує облік соціальних послуг за допомогою відповідної документації;
- забезпечує супервізію надання соціальних послуг;
- забезпечує моніторинг та оцінку соціальних послуг згідно з акредитаційними вимогами до послуг та галузевих стандартів якості.

Загальна модель соціальних послуг, спрямованих на вторинну профілактику наркозалежності, ВІЛ та ІПСШ



Алгоритми використання у соціальній сфері моделі вторинної профілактики вживання психоактивних речовин та інфікування на ВІЛ/ІПСШ

1. Вивчення потреб клієнта (ів):

- попереднє навчання соціальних працівників, що є обов'язковим елементом;
- використання стандартизованих інструментів (анкета, співбесіда);
- вивчення та врахування факторів впливу (мікро-, мезо- та макрорівень), соціального оточення клієнта та соціально-економічного становища;
- вивчення специфічних ризиків щодо ВІЛ, вірусних гепатитів В і С, туберкульозу та ІПСШ;
- розробка та узгодження індивідуального/групового плану роботи.

2. Робота з надання послуг та програм послуг:

- надання центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді або партнерською організацією з урахуванням міжсекторальної взаємодії власне послуги (консультування, співбесіда, навчання, видача інформаційних матеріалів, до та післятестове консультування щодо ВІЛ, скринінгове тестування на ВІЛ швидкими тестами, обмін шприців, видача дезінфектантів та презервативів);
- облік соціальних послуг за відповідною документацією;
- навчання волонтерів для проведення вторинного обміну шприців, надання шприців та дезінфектантів, а також інформаційних матеріалів;
- ведення персональної карти та обліково-звітної документації щодо наданих клієнту послуг та його перенаправлення до інших установ/закладів;
- надання послуг з подальшої ресоціалізації (вирішення юридичних питань, пошук роботи, тощо);

- проведення соціально-психологічної реабілітації у відповідних програмах;
- після відповідного до- та післятестового консультивання, швидкого скринінгового тесту на ВІЛ (відповідно до національного протоколу ДКТ з обов'язковим отриманням інформованої згоди) соціальний працівник контактує з відповідним центром СНІДу або лабораторією для узгодження проведення підтверджуючих тестів на ВІЛ;
- переадресація клієнта;
- перенаправлення клієнтів з медичними проблемами, в т.ч. для отримання наркологічної допомоги, ініціюється соціальним працівником, але за умови інформованої згоди клієнта після виявлення у нього медичних проблем;
- направлення до найближчої (або вказаної за проханням клієнта) амбулаторії до лікаря-терапевта, що пройшов відповідну підготовку та співпрацює з центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з профілактики ВІЛ;
- оцінка лікарем-терапевтом загального медичного стану клієнта та специфічних медичних проблем, здійснення перенаправлення до відповідного фахівця (хірурга, інфекціоніста, фтизіатра, венеролога тощо);
- перенаправлення до наркологічної установи для програм замісної підтримуючої терапії, детоксикації, фармакотерапії;
- супервізія надання соціальних послуг;
- моніторинг та оцінка соціальних послуг згідно з акредитаційними вимогами до послуг та галузевих стандартів якості.

Взаємодія з різними установами та організаціями у профілактиці наркоманії та інфікування на ВІЛ/ПСШ

Взаємодія з іншими установами та організаціями, які працюють у сфері профілактики наркоманії та інфікування на ВІЛ/ПСШ, повинна базуватися на взаємному посиленні ефективності роботи і розбудові мережі соціального супроводу клієнта.

Взаємодія з різними установами та організаціями дає можливість:

- обмінюватися досвідом і фахівцями;
- надавати комплекс додаткових послуг, використовуючи можливості цих установ та організацій;
- обмінюватися методичними розробками, програмами, літературою;
- впроваджувати ефективні сучасні програми та технології роботи, навчання фахівців;
- шукати та отримувати додаткове фінансування;
- залучати сторонніх фахівців для моніторингу діяльності, її зовнішньої оцінки тощо.

Для налагодження співпраці у сфері надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків необхідно:

перший крок – проаналізувати кількість і рівень наявних установ та організацій, що працюють у цій сфері, та послуг, які вони надають;

другий крок – спрогнозувати і розробити можливі механізми та етапи побудови взаємодії з конкретними надавачами соціальних послуг;

третій крок – провести робочу зустріч з потенційними суб'єктами співпраці для обговорення механізмів взаємодії і координації діяльності;

четвертий крок - підписати угоди про співпрацю, меморандуми про взаємодію тощо. **Додаток 1**

Основні фактори уразливості СІН щодо ВІЛ

Вразливість СІН щодо ВІЛ-інфекції провокується декількома факторами. Деякі них впливають на індивідуальному або психологічному рівні, інші мають більш широке поле впливу – на рівні суспільства. Тому важливо, оцінюючи фактори ризику ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, звертати увагу не тільки на поведінку індивідуума (мікросередовище) але й на вплив соціального оточення (макросередовище).

Мікросередовище	Макросередовище
Соціальні та поведінкові норми серед СІН	Публічні, політичні та правові аспекти вживання наркотиків та менеджмент ризиків
Природа та структура соціальних відносин у середовищі СІН	Економічна та гендерна (нерівність)
Умови, в яких наркотики вживають (приміщення, час уживання, оточення)	Культурні та релігійні норми
Оточення в контексті, де саме проживає СІН	

Source: adapted from Rhodes & Hartnoll (1996).

Аргументація використання окремих елементів вторинної профілактики ВІЛ/ПСШ серед СІН, які можуть надаватися центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді або за їх направленням

Обмін шприців та голок

Існує декілька моделей доступу СІН до стерильних шприців та голок. Ці моделі можуть передбачати спеціальні програми обміну шприців та голок (ПОШ), низькопорогові спеціалізовані програми для СІН, мобільні пункти обміну шприців (використовується спеціально обладнаний автотранспорт або найбільш поширена практика за принципом «рівний –рівному»), видача рецептів на отримання шприців через мережу аптек, вторинна дистрибуція, використання спеціальних автоматів для видачі шприців, продаж шприців у вільній торгівлі.

У більшості розвинених країн (наприклад, у Західній Європі) такі програми завжди доповнюються підтримуючими послугами: навчають навичкам більш безпечної поведінки, надають базову медичну допомогу або перенаправляють до

профільних медичних установ для тестування на ВІЛ, виявлення туберкульозу, вірусних гепатитів та ІПСШ, лікування.

Програми дезінфекції шприців та голок

Такі програми за своєю ефективністю поступаються програмам обміну шприців та голок. Їх ефективність знижується через те, що не всі СІН дотримуються правил дезінфекції (підготовка розчину дезінфектантів, витримка шприців у розчині). Але такі програми рекомендовані як тимчасове рішення і за можливості мають бути замінені на повноцінні програми доступу до нових чистих шприців та голок одноразового використання.

Замісна підтримуюча терапія

Замісна підтримуюча терапія має на меті зменшити або припинити немедичне використання опіатів, допомагає змінити ризиковану поведінку на більш безпечну, зменшити шкоду від ін'єкційного вживання наркотиків та спільного використання шприців. До того ж замісна терапія сприяє ресоціалізації СІН, зменшує рівень злочинності, пов'язаний із добуванням та дистрибуцією наркотиків, робить більш доступною для СІН державну систему надання допомоги, у тому числі медичної.

Інші види лікування

Програми відмови від наркотиків мають за мету відмову від уживання наркотичних речовин та створення стану абстиненції. Такі програми проводять коротку детоксикацію пацієнтів під наглядом спеціалістів-наркологів, а потім використовують методи когнітивно-поведінкової корекції. Такі програми також зменшують ризик інфікування на ВІЛ та вживання наркотиків взагалі. Але існують деякі обмеження та високий рівень повернення до вживання наркотиків. Для підвищення ефективності таких програм рекомендовано їх поєднання з потужними реабілітаційними програмами.

Доступ до презервативів

Більшість досліджень доводить, що СІН є сексуально активними та часто змінюють своїх статевих партнерів: це можуть також бути СІН, представники іншої групи з ризикованою поведінкою щодо ВІЛ (наприклад ЖСБ), або загального числа населення. Дані досліджень підтверджують: якщо СІН можуть змінити поведінку щодо використання чистих шприців та голок, то вони в змозі також змінити і ризиковану сексуальну поведінку. Ось чому доступ до презервативів, інформація та навчання є важливим компонентом програми профілактики для СІН.

Стратегії аутріч-роботи

Мають на меті донести інформацію та надати послуги найбільшому числу осіб, що того потребують, забезпечити зв'язок між СІН, соціальними та медичними установами. Основною перевагою аутріч-роботи у громаді є довірливі стосунки, що встановлюються між СІН та соціальним працівником. Свою ефективність довели різні моделі аутріч-роботи: інформація, навчання та інтервенція на принципах «рівний – рівному» за допомогою колишніх, а іноді й активних СІН.

Більшість аутріч-програм пропонують інформацію та навчання організації запобігання ризикам ін'єкційного споживання наркотиків та ризикованій сексуальній поведінці, є механізмом перенаправлення до відповідних фахівців (юриста, медичних працівників) для отримання послуг. Деякі аутріч-програми пропонують своїм клієнтам стерильні шприці, голки, презервативи, а деякі – навіть первинну медичну допомогу на місці.

Добровільне консультування та тестування на ВІЛ та гепатити

Має на меті змінити ризиковану поведінку щодо ВІЛ/СНІД серед СІН. Такі програми також допомагають змінити ризиковану поведінку, спричинену використанням ін'єкційних наркотиків, що може запобігти передачі ВІЛ/СНІД через статевих партнерів, сприяють зміні на позитивні відносин у родині та запобіганню передачі ВІЛ від матері до дитини. Знання, отримані під час до- та післятестового консультування, можуть змінити стиль життя, поліпшити загальний стан здоров'я.

Антиретровірусна терапія

Мета антиретровірусної терапії – подовжити тривалість та підвищити рівень якості життя ВІЛ-інфікованих. Здебільшого СІН не мають достатнього доступу до медичної допомоги. Лікування для СІН може бути недосяжним або лімітованим. Існують міфи серед медичного персоналу, що СІН нездатні дотримуватися суворої дисципліни щодо тривалого своєчасного прийому ліків, тому у них швидко розвивається резистентність (стійкість вірусу щодо препаратів), і лікування стає неефективним. Але міжнародна практика доводить, що АРВ-терапія серед СІН може бути такою ж ефективною, як і серед ВІЛ-інфікованих, що не є споживачами наркотиків. Більш того, таке лікування забезпечує профілактику появи опортуністичних інфекцій та у багатьох випадках сприяє змінам способу життя серед СІН.

Діагностика та лікування ПСШ

Має на меті раннє виявлення та своєчасне лікування ПСШ, адже такі інфекції завдають шкоди організму, послаблюють імунну систему та можуть стати причиною ускладнень (безплідність, позаматковна вагітність, запалення органів малого тазу). Наявність ПСШ сприяє передачі ВІЛ статевим шляхом. Оскільки серед СІН досить поширена часта зміна сексуальних партнерів, запобігання ПСШ стало одним із найважливіших аспектів профілактики ВІЛ.

Первинна медична допомога

Більшість споживачів наркотиків мають проблеми зі здоров'ям. Але оскільки споживання наркотиків переважно сприймається населенням як злочин, більшість СІН не бажають з'являтися у закладах охорони здоров'я, зокрема через побоювання щодо переслідування міліцією. З цієї причини СІН дуже часто потребують особливої уваги, наприклад, у разі захворювання на пневмонію, видалення постін'єкційного абсцесу, негайних дій щодо інтоксикації або передозування наркотиків. Важливим елементом надання соціально-медичних послуг є також допомога вдома.

Особливі види соціально-медичної допомоги

Залежать від індивідуальних потреб клієнтів, наприклад, допомога дітям або батькам СІН. Зокрема для дітей СІН можуть стати необхідними консультації та нагляд педіатра, організація денного перебування та інше (Додаток 3).

Компонент	Опис	Одиниці виміру
Робота у громаді (аутріч)	Є найвищелішим компонентом постійного охоплення оптимальної кількості населення з ризикованою поведінкою, особливо під час найвищого ризику. Аутріч є компонентом не тільки надання інформації про ризики та більш безпечну поведінку, але й каналом для надання шприців, дезінфектантів, презервативів тощо.	Консультація, інтервенція
Інформація, навчання та комунікація	Спеціально розроблені фокусною групою матеріали для поширення простої та достовірної інформації.	Сесія, брошура, листівка, тренінговий модуль
Консультавання щодо зменшення ризиків	Проводиться кваліфікованим консультантом, що пройшов відповідне навчання та використовує інформаційні, навчальні, комунікаційні матеріали.	Сесія, консультація
Консультавання та тестування на ВІЛ (у контексті соціальної служби)	Програми ДКТ шукають можливість змінити ризиковану ін'єкційну або сексуальну поведінку та/або перенаправити для тестування на ВІЛ до лабораторії (або провести скринінгове тестування швидкими тестами кваліфікованими консультантами). Також надають можливість для інфікованої особи вчасно звернутись за допомогою у медичні установи, запобігти інфікуванню партнера або дитини (вертикальна трансмісія).	Тест, консультація
Програми дезінфекції	Шляхом використання дезінфектантів зменшується можливість передачі вірусів при повторному використанні шприців; відбувається розповсюдження дезінфектантів каналами поширення інформації з профілактики.	Запас дезінфектантів, брошура, сесія, консультація
Програми обміну шприців та голків	Надають доступ до стерильного обладнання, таким чином зменшуючи ризики, пов'язані з повторним використанням інфікованих шприців та голків. Чисельні дослідження підтверджують ефективність такого засобу та не наводять даних щодо спонукання до споживання наркотиків.	Стерильні шприци та голки, запас дезінфектантів, брошура, сесія, консультація
Знищення	Є важливим компонентом превентивних заходів, а	Контейнер

використаних шприців	також попереджує можливість передачі ВІЛ у раптовому контакті зі шприцом (наприклад, якщо діти знайшли забруднений шприц на ігровому майданчику).	для знищення, інформаційні матеріали
Надання презервативів	Попередження статевого шляху розповсюдження ВІЛ та ІПСШ є невід’ємною частиною профілактики серед СІН, враховуючи сексуальну активність та ризиковану сексуальну поведінку після використання стимулянтів.	Презервативи, інформаційні матеріали
Доступність послуг щодо лікування залежностей	Соціальні служби можуть направляти клієнтів до різних лікувальних програм: корострокової детоксифікації, реабілітації, громадських об’єднань.	Консультація, лікування, інформаційні матеріали
Замісна підтримуюча терапія	Доведена ефективність терапії антагоністами, яка має подвійну дію: лікування синдрому залежності та зменшення ризиків щодо ВІЛ/СНІД. Здійснюється за направленням соціальних служб у спеціальних установах, що мають відповідні умови та ліцензію на проведення терапії.	Консультація, лікування, інформаційні матеріали
Лікування ВІЛ та ІПСШ	Здійснюється у спеціалізованих установах, наприклад, регіональних центрах СНІДу, дерматовенерологічних диспансерах. Соціальні служби повинні перенаправити клієнтів до відповідних установ для отримання цих послуг. Дуже важливим є моніторинг, аби клієнти програми не були втрачені та отримали послуги в інших установах.	Консультація, лікування інформаційні матеріали щодо лікування ВІЛ та ІПСШ
Первинна медична допомога	Багато з СІН мають обмежений доступ до медичної допомоги у багатьох випадках через страх щодо переслідування правоохоронними органами. Але багато з СІН потребують медичної допомоги дільничного терапевта, або направлення до інших спеціалістів у поліклініці (наприклад, хірурга для лікування постін’єкційних абсцесів.)	Консультація, лікування інформаційні матеріали

1.2. Особливості поведінкових втручань. Процес зміни поведінки.

Поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримуючого характеру, спрямовані на зміну поведінки.

Зміна поведінки конкретної людини супроводжується підвищеним інтересом з боку інших людей, адже останні намагаються зрозуміти, що, чому і як відбувається. Зі знаходженням відповідей на ці питання пов'язано чимало надій. Адже зрозумівши суть та принципи змін, ми можемо узгодити або навіть підкорити цей процес – зміни поведінки – власним інтересам і, таким чином, керувати ситуацією.

Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Він може бути усвідомленим та неусвідомленим. Людина змінює свою поведінку несвідомо під впливом обставин, які мають для неї функціонально важливе, життєво важливе значення, свідомо ж – якщо зміни пов'язуються із чимось важливим та цінним, тобто за наявності усвідомленого інтересу. Однак цей головний принцип потребує деталізації для більшого розуміння та можливості практичного застосування.

Чинники, які прямо чи опосередковано впливають на зміну поведінки:

- наявність суперечності між поведінкою та важливими цілями, цінностями та прагненнями;
- спілкування з іншими людьми та їх ставлення до поведінки та зміни поведінки;
- позитивний настрій людини з приводу змін;
- рівень самостійності та незалежності людини у керуванні своїм життям.

Спостереження свідчать, що більшість людей здатна змінити і змінює свою поведінку без чиеїсь підтримки. Консультування або інша стороння допомога може лише запустити, полегшити, спрямувати процес змін, але далеко не завжди є суттєвою умовою змін. При цьому тривалість консультування не має значення. Консультування не впливає на природний процес змін, воно лише відображує цей процес і допомагає клієнтові розібратися у ньому. Отже, людина змінюється сама, але допомагає у цьому її оточення – люди, які вірять у можливість змін і підтримують людину на шляху до змін, - соціальні працівники, консультанти, друзі, члени родини та інші. Соціальний працівник, який вміє цілеспрямовано проявляти співпереживання та підтримувати клієнта, може мати великий вплив на нього, яким, проте, не варто зловживати.

Отже, якщо допомогти людині віднайти власні ідеали, які суперечать її наявній поведінці, та забезпечити різнобічну підтримку, це створить передумови для можливих змін – поведінки або цінностей (ідеалів). Проте прийняття рішення з приводу зміни деяких видів поведінки дається людині нелегко. Досить часто люди заявляють про свої наміри, але не наважуються хоча б щось зробити, або роблять кроки до змін непослідовно чи нерішуче. Нерідко людина може тривалий час перебувати у стані роздумів та сумнівів

стосовно зміни поведінки. Іноді, вже прийнявши рішення, людина раптом передумує ще до того, як встигає зробити перші кроки.

Складові процесу зміни поведінки:

- обдумування зміни поведінки;
- власне зміна поведінки.

Обдумування зміни поведінки передбачає:

- усвідомлення проблеми (людина отримує нову інформацію про наслідки своєї поведінки або переваги нової поведінки, що змушує її замислитись);
- емоційні переживання з приводу проблеми (переживання емоцій різної інтенсивності через наслідки своєї поведінки – дій або бездіяльності – та бажання настання наслідків нової поведінки);
- усвідомлення впливу поведінки на інших людей, особливо близьких;
- переосмислення власних цінностей та пріоритетів (людина намагається з'ясувати, чому саме її не задовольняє певна поведінка або що їй дасть нова поведінка);
- оцінка власних та соціальних ресурсів (людина обдумує, чи вистачить їй для змін та які є додаткові переваги з боку оточення, що можуть стимулювати її змінити поведінку; яка можлива підтримка зміни поведінки з боку соціального оточення).

Зміна поведінки передбачає:

- активізацію власних ресурсів (заохочення себе до активних дій, готовність до дій з метою зміни поведінки);
- формування підтримуючих стосунків (налагодження контакту з іншими людьми та обговорення з ними зміни поведінки);
- створення умов, які сприяють зміні поведінки та закріпленню нової поведінки (дії або бездіяльності);
- створення системи заохочення підтримки зміненої поведінки;
- формування нової моделі поведінки та її закріплення.

Існують такі моделі зміни поведінки:

1. модель «знання – навички - мотивація»;
2. модель «бажання – здатність - пріоритетність»;
3. модель Дж. Прохаски та К. ДіКлементе.

Модель № 1. «Знання – навички - мотивація».

Дана модель розглядає деякі психологічні передумови зміни поведінки людини. Ці передумови можна умовно назвати внутрішніми, оскільки вони є елементами психічної діяльності людини. Вважають, що для успішного здійснення зміни поведінки потрібна наявність у людини усіх трьох названих елементів. В іншому разі зміна поведінки або не відбудеться, або буде нестійкою.

Елементи моделі «знання – навички - мотивація»:

- знання;
- навички;
- мотивація.

Знання – усвідомлення ситуації (наявності суперечності між потребами, цінностями та поведінкою) та володіння інформацією, у який спосіб можна усунути таку суперечність.

Під *навичками* зазвичай розуміють доведену до автоматизму здатність людини виконувати прості (ходіння, користування ручкою) та складні (водіння машини, спілкування) дії. Згідно з моделлю, що розглядається, навички – це наявність у людини досвіду здійснення певних дій, наявність вмінь, необхідних для того, щоб на практиці застосувати знання того, як можна усунути наявну суперечність.

Мотивація являє собою систему стимулів (мотивів), які спонукають людину до дії або бездіяльності. Мотив – це матеріальний або ідеальний предмет, досягнення якого є сенсом діяльності. Мотиви допомагають зрозуміти, чому людина вчиняє саме цю дію, а не іншу, та чому вона утримується від певних дій.

Модель № 2. «Бажання – здатність - пріоритетність»

Назва моделі «бажання – здатність - пріоритетність» походить від її суті, а саме – основних складових зміни поведінки.

Перший важливий компонент зміни поведінки у рамках моделі – *бажання*. Він узагальнює усвідомлену людиною цінність зміни поведінки, що її особа зазвичай виражає у питаннях «чому?», «навіщо?», «для чого?». Коли ситуація суттєво відрізняється від бажаного (ідеалу), прагнення наблизити її до цього ідеалу може запустити процес змін, у тому числі – власної поведінки.

Другий компонент зміни поведінки, згідно з моделлю, - це *здатність* (або спроможність), що показує реалістичну оцінку людиною власних можливостей, упевненість у власних силах щодо реалізації намічених змін поведінки, у спроможності досягти результату. Важливо вміти дати реалістичну та практичну оцінку власній спроможності. Людина може добре бачити різницю між бажаним та дійсним і дуже прагнути до ідеалу, але утримуватися від змін з певних причин, наприклад, через недостатність знань (не знаю, що саме робити, як вчинити, з чого почати тощо), недостатність упевненості у собі (якби я тільки зміг, але ні, я не можу, в мене нічого не вийде).

Третьою складовою моделі є *пріоритетність*. Без чіткого визначення пріоритету (однозначної актуальності) дій немає абсолютної готовності. Навіть якщо людина високо оцінює важливість змін і переконана у власній спроможності їх реалізувати, це не призводить однозначно до реалізації знань. Навіть якщо людина сповнена наснаги, але є моменти, що відволікають її, або важливіші справи, вона може вирішити: «Я хочу змін, але не зараз», - і відкласти зміни на визначений або невизначений час. Зіставлення і зважування переваг є нормальним процесом.

Коли людина хоче, може і готова реалізувати зміни (поведінки) і всі ці три складові яскраво виражені, зміна поведінки має розпочатися й відбутися.

Модель № 3. Дж. Прохаски та К. ДіКлементе

Для того щоб краще розуміти той шлях, який долає людина у процесі зміни поведінки та відповідно планувати заходи поведінкового втручання,

використовують стадійну модель зміни поведінки, уперше описану двома вченими Джеймсом Прохаскою та Карлом ДіКлементе.

Згідно з цією моделлю, зміну розглядають як процес, що триває певний час, а не як разову дію (результат). Процес зміни поведінки поділяють на кілька ключових стадій.

- **Етап незацікавленості у зміні поведінки.** Людину цілком задовольняє її становище та поведінка, вона взагалі не замислюється над цим.

- **Етап роздумів про зміну.** Люди переходять до цієї стадії, коли починають переживати подвійні почуття, невизначеність, сумніви щодо певної поведінки та її наслідків (можливих). Тобто, з одного боку поведінка або певне становище речей, яке з нею пов'язане, може задовольняти, але з іншого - вже створює певні незручності тепер або негативні очікування в майбутньому.

Між цим та наступним етапом відбувається прийняття рішення щодо того, що саме, наскільки швидко і як робити далі.

- **Етап підготовки до змін.** На цю стадію людина переходить після того, коли вона вирішила переглянути свою поведінку та перейти до дій щодо запровадження змін. При цьому не є принципово важливим, що саме і як вирішила змінювати людина, оскільки підготовка до змін відбувається саме на цьому етапі. Підготовка полягає у ретельному плануванні, продумуванні ресурсів і необхідних кроків, експериментуванні зі спробами щодо змін.

- **Етап проведення змін.** Він починається з перших кроків змін і триває доти, доки людина не реалізує кроки, сплановані на попередньому етапі. Дотримуючись плану, людина реалізує намічені зміни, випробовує та звикає до нової моделі поведінки, стикається з перешкодами та труднощами і долає їх.

- **Етап підтримки змін.** Якщо людина реалізувала успішно заплановану зміну поведінки та підтримує новий спосіб поведінки тривалий час без очевидних зусиль, при цьому сприймаючи попередню поведінку та власне процес змін як те, що стосується минулого, можна ствердити, що вона перебуває на стадії підтримки змін.

- **Етап рецидиву (повернення).** Деякі люди, які одного разу вирішили змінити поведінку, з часом змінюють свої первісні наміри та повертаються до первісної поведінки, попри ризик та труднощі адаптації, які стали причиною відмови від цієї поведінки раніше. У такому випадку людина повертається на один з попередніх етапів, найчастіше – незацікавленості у змінах або роздумів про зміни.

Дії соціального працівника у підтримці змін поведінки клієнта мають базуватися на розумінні того, що саме допомагає людині пересуватися від етапу до етапу на шляху до змін.

Соціальний працівник має прагнути допомогти клієнтові усвідомити зміни як процес дій, а не як миттєвий результат або здійснення бажання. Важливо утримувати клієнта від негайного переходу до необдуманих дій, допомагати йому приймати рішення на підставі ретельного зважування «за» та «проти», обдумувати свої кроки, надавати насаги щодо можливості реалізувати зміни та застерігати від можливих труднощів.

Первісне та найважливіше завдання соціального працівника – встановити, на якій стадії зміни поведінки перебуває клієнт, визначити його рівень мотивації

щодо змін та на основі результатів спостережень вибрати відповідну стратегію консультування.

Найчастіше соціальному працівникові доводиться мати справу з клієнтами, які перебувають на етапі незацікавленості або на етапі роздумів щодо певної поведінки (ситуації). До активної роботи з клієнтом варто братися тоді, коли він переходить до стадії змін. Саме тоді у соціального працівника з'являється чимало варіантів, як допомогти клієнтові реалізувати зміни. Отже, до початку змін клієнт має бути зацікавлений у змінах та готовий до них.

Навіть якщо соціальний працівник не допоміг клієнтові значно просунутися у напрямі змін поведінки, хоча вони розпочали обговорення щодо цього, це також може розглядатися як прийнятний варіант. Оскільки рано чи пізно зі зміною обставин людина може захотіти повернутися до необхідності та бажання змінити поведінку, а тому важливо підтримувати контакт з клієнтом.

1.3. Застосування соціально-педагогічних технологій у соціальній роботі.

Деякі соціально-педагогічні методи і технології:

- бесіда;
- збори;
- диспут;
- створення об'єднань самоврядування;
- технології адаптації;
- взаємодія із сім'єю важкої дитини;
- кондуктивна педагогіка.

Бесіда – індивідуальна або групова розмова, що може бути заздалегідь підготовленою або спонтанною; вона стимулює інтерес клієнтів до обговорення актуальних проблем життєдіяльності, життя соціуму, колективу й має значний виховний потенціал, використовуючи життєвий досвід учасників.

Збори індивідів, об'єднаних за якоюсь ознакою, вирізняються підготовленістю та організованістю, мають великий виховний потенціал як орган колективного керування, відбивають волю більшості учасників, мобілізують їх на активну діяльність з реалізації прийнятих рішень.

Диспути (лат. *disputare* – розмірковувати, сперечатися) та *дискусії* (*diskusio* – дослідження, розбирання) – форми спілкування, що формують полемічні навички, вміння залучати й утримувати прихильників; диспут передбачає організовану полеміку за заздалегідь визначеною темою; дискусія – це обстоювання різноманітних поглядів, інколи за темою, що виникає спонтанно.

Створення об'єднань самоврядування – клуби, асоціації, групи самопомоги і взаємодопомоги, які створюють умови для розвитку соціальних навичок і якостей, впливають на поліпшення соціального обслуговування.

Технології адаптації – навчання новим професіям, забезпечення власного існування і життя своєї сім'ї за допомогою засобів, адекватних умовам, що змінилися, завдяки проведенню шкіл лідерів, виборців, молодих бізнесменів тощо.

Взаємодія із сім'єю важкої дитини – здійснюється за допомогою діагностики й аналізу шкільних труднощів, організації груп додаткових занять,

проведення соціально-виховної роботи з батьками, сприяння у розв'язанні кризових ситуацій у сім'ї.

Кондуктивна (лат. *konduktor* - супровідний) *педагогіка* – педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими можливостями, переважно з порушенням опорно-рухового апарату, спрямована на формування самостійної активності й незалежності дитини, що прагне адаптуватися до навколишнього середовища; таку дитину навчають, керують нею у повсякденному житті, задовольняють її біологічні та соціальні потреби: у процесі занять опановуються навички побутового самообслуговування та відбувається розвиток інтелекту, що зрештою дає змогу перевести дитину до звичайного навчального закладу.

1.4. Вибір форм роботи з клієнтами з позицій вікового підходу

Більшість соціальних працівників користується у своїй практичній роботі **соціально-педагогічною класифікацією віку**, де вікова періодизація співвідноситься з етапами соціалізації.

Російський вчений А. Мудрик вважає зручною з соціально-педагогічного погляду таку класифікацію віку:

- дитинство або період немовляти (від народження до 1 року);
- раннє дитинство (1 – 3 роки);
- дошкільне дитинство (3-6 років);
- молодший шкільний вік (6 – 10 років);
- Молодший підлітковий вік (10 – 12 років);
- Старший підлітковий вік (12 – 14 років);
- Ранній юнацький вік (15 – 17 років);
- Юнацький вік (18 – 23 років);
- Молодість (23 – 30 років);
- Рання зрілість (30 – 40 років);
- Пізня зрілість (40 – 55 років);
- Літній вік (55 – 65 років);
- Старість (65 – 75 років);
- Довголіття (понад 70 років).

На кожному віковому етапі перед людиною постає низка завдань, від сприятливого чи несприятливого розв'язання яких залежить її особистий розвиток. З тією чи іншою мірою умовності можна визначити три групи завдань кожного віку:

- природно-культурні (досягнення на кожному віковому етапі визначеного рівня біологічного дозрівання, фізичного і статевого розвитку);
- соціально-культурні (пізнавальні, морально-сміслові), що їх висувають у вербальній формі інститутами соціалізації, а також які існують у вигляді суспільних норм і цінностей;
- соціально-психологічні (становлення самосвідомості особистості, її самовизначення у теперішньому та перспективі, самоактуалізація і

самоствердження), які на кожному віковому етапі мають специфічний зміст і способи їх розв'язання.

Якщо якесь завдання залишається невиконаним, то це або затримує розвиток особистості, робить його недосконалим, або спотворює особистість. Можливий і інший варіант: коли завдання не розв'язане у певному віці, це через якийсь час дається взнаки у вигляді нібито немотивованих вчинків, рішень, змін особистості. З погляду соціально-педагогічної моделі практика соціальної роботи має будуватися таким чином, щоб забезпечити умови для сприятливого виконання завдань на кожному віковому етапі життєдіяльності людини відповідно до норм цивілізованого суспільства. Крім того, соціальна робота у рамках цієї моделі спрямована на надання конкретної допомоги з розв'язання вікових завдань, які стоять перед індивідом:

- *дошкільне дитинство*: просвітництво і консультація батьків, організація сімейних дитячих ясел-садків, ігрових груп і групових занять; патронаж неблагополучних і прийомних сімей;
- *молодший шкільний вік*: просвітницька робота з батьками, створення умов для розвитку молодших школярів у мікросоціумі, виявлення потенційно та реально віктимогенних чинників поведінки школярів; координація інститутів виховання;
- *підліткове дитинство*: просвітницька робота з батьками, діагностика віктимності родин, робота з віктимогенними родинами та віктимними підлітками; створення у мікросоціумі груп та організацій для пробудження й задоволення інтересів підлітків із використанням масових і групових форм взаємодії;
- *рання юність*: просвітницька робота з батьками та юнаками; створення умов для позитивного проведення вільного часу відповідно до тенденцій моди; створення різних за змістовою спрямованістю клубів та організацій; діагностика віктимних сфер особистості, подолання віктимності; робота з переорієнтації окремих юнацьких груп і «розколу» асоціальних груп;
- *юнацький вік*: допомога в адаптації до нових ролей, індивідуальні консультації; допомога у виборі сфер діяльності, що задовольняють певні вимоги; консультування молодих родин; створення клубів і груп за інтересами та для спілкування; залучення до роботи з молодшим поколінням;
- *власне молодість*: консультації з проблем сімейного життя та виховання дітей; допомога у професійній переорієнтації, організації групового дозвілля у мікросоціумі, створення клубних, групових та індивідуальних можливостей реалізації поза професійних інтересів, залучення до громадського життя (взаємодопомога, допомога людям похилого віку тощо);
- *зрілий вік*: консультації з проблем сімейного життя та виховання дітей; профілактика і подолання внутрішньо особистих і міжособистісних конфліктів; створення можливостей у мікросоціумі для реалізації сімейних та індивідуальних інтересів, участь у суспільному житті; створення сімейних клубів і об'єднань; організація допомоги неблагополучним сім'ям і самотнім людям;

- *літній вік*: виявлення осіб, які потребують соціального піклування вдома або у спеціальних закладах; створення умов для виявлення активності людей похилого віку в мікросоціумі й задоволення їх інтересів; допомога у переживанні втрат близьких людей; роз'яснювальна робота з близькими людей похилого віку.

Отже, соціально-педагогічна модель практики ґрунтується на феноменології вікової структури населення і на проблематиці вікової типології. Вона пропонує обирати методи та форми роботи з клієнтами з позицій вікового підходу та завдань, властивих кожному віковому періоду.

Через концепцію адаптивної соціалізації ця модель логічно списується у наукову й практичну картину взаємодії людини з навколишнім середовищем, дає можливості для диференціації форм і методів соціальної роботи відповідно до адаптивних можливостей клієнта та завдань соціалізації на різних етапах його життєдіяльності.

1.5. Добровільне консультування і тестування на ВІЛ в системі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників уразливих груп

Добровільне консультування та тестування на ВІЛ (далі – ДКТ) представників уразливих груп є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ЛЖВ. Його здійснення є доцільним у тісній взаємодії державного сектору та неурядових організацій, які мають найбільший доступ до даної категорії населення, що дозволяє забезпечити доступність до послуг ДКТ та підвищити його ефективність.

Перед- та післятестове консультування може проводитись в автономних пунктах ДКТ, закладах охорони здоров'я, за умови дотримання відповідних принципів, викладених у Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколи), затвердженому наказом МОЗ України від 19.08.2005р. № 415 „Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”.

Високих результатів можна досягти через надання послуг з ДКТ неурядовими організаціями, які, відповідно до українського законодавства, залучають до тестування медичних працівників.

Усі пункти, де надаються послуги з перед- та післятестового консультування, повинні пропонувати та надавати клієнтам друковані матеріали з достовірною та актуальною інформацією про можливість отримання додаткових консультацій, проведення тестування та інших послуг. Ці матеріали необхідно надати пацієнту під час консультування з урахуванням його індивідуальних потреб, поінформувати щодо безоплатності або вартості таких послуг, їх конфіденційності та анонімності.

Необхідно забезпечити постійне інформування населення про перелік організацій та обсяг послуг, що ними надаються.

Проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники ГО, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли відповідне навчання.

Для забезпечення моніторингу ефективності консультування в усіх закладах або організаціях, що надають послуги з ДКТ, доцільно проводити аналіз подальших звернень в ЗОЗ для тестування на ВІЛ-інфекцію, а також в соціальні, психологічні, юридичні служби для отримання допомоги та підтримки. Для забезпечення моніторингу ефективності системи взаємодії необхідно вести журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о) і відміткою про здійснені візити та їх результати.

Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу може здійснюватися за межами лікувально-профілактичних закладів.

Призначення та принципи добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

Цілями ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування; сприяння прийняттю добровільного, ґрунтованого на достовірній інформації рішення щодо тестування на ВІЛ; визначення ВІЛ-статусу людини; підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки; отримання своєчасної медичної допомоги.

ДКТ є ключовим компонентом державних програм профілактики та здійснення лікування і догляду за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Основними завданнями ДКТ для представників уразливих груп є

- інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та ризиків інфікування, пов'язаних з кожним з них;
- ознайомлення із заходами та засобами зниження ризику інфікування ВІЛ;
- оцінка індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;
- інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;
- тестування на ВІЛ-інфекцію;
- надання психологічної та соціальної підтримки;
- інформування про існуючі державні і комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, організації та заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;
- сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;
- інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Згідно чинного законодавства тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта.

Принципи ДКТ – це обов'язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування:

- 1). добровільність;

- 2). конфіденційність;
- 3). анонімність;
- 4). доступність та відсутність дискримінації;
- 5). достовірність та повнота інформації;
- 6). професійність та технічна досконалість;
- 7). мобілізація ресурсів.

1. *Добровільність*. Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди клієнта. Це означає, що клієнтові надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатню інформацію, і він усвідомив позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтвержену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Отже, добровільність передбачає, що особу, яка звернулася за послугами ДКТ, не примушують приймати рішення щодо зміни своєї ризикованої поведінки.

2. *Конфіденційність*. Інформація, яка стала відома консультантові під час проведення ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя клієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною, тобто такою, що може бути передана третім особам тільки за письмової згоди клієнта або його законних представників. Цю інформацію також може бути передано законним представникам неповнолітнього або недієздатного клієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законодавством.

Перед- та післятестове консультування а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності. Інформація про ВІЛ-статус клієнта може бути доступною для медичних працівників, які мають безпосередній стосунок до його лікування.

У консультативних пунктах слід створювати відповідні умови для забезпечення конфіденційності – належні умови для роботи консультанта, унеможливлення доступу до службової інформації сторонніх осіб, збереження інформації (у тому числі електронної) у недоступному місці, ознайомлення працівників із законодавчими актами щодо конфіденційності інформації про проходження клієнтом тесту на ВІЛ і його результат, проведення службового розслідування актів порушення принципу конфіденційності тощо.

3. *Анонімність*. За бажанням клієнта консультація та тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими можливо ідентифікувати особу (паспортні дані, місце проживання тощо). У такому випадку ДКТ проводять із використанням коду, який надають клієнтові для проходження тесту та отримання його результатів.

4. *Доступність та відсутність дискримінації*. ДКТ має бути доступним усім, хто його потребує, без жодної дискримінації. Це передбачає:

- фізичну доступність – шляхом (в усіх закладах охорони здоров'я, незалежно від форм власності, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, підприємствах, організаціях через ЗМІ тощо) поширення інформації про заклади, які надають послуги з ДКТ (адреси, номери телефонів, режим їх роботи);

- економічну доступність – ДКТ повинно бути безоплатним для всіх клієнтів.

5. *Достовірність та повнота інформації.* Кожному, хто має намір пройти тестування, необхідно запропонувати до- та після тестове консультування. Обсяг та форма наданої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування. Клієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом тесту необхідно надати інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та юридичної допомоги та у разі необхідності видати направлення до них.

6. *Професійність і технічна досконалість.* Особи, які проводять перед- та післятестове консультування і тестування, повинні мати відповідну підготовку. Обладнання приміщення має сприяти забезпеченню якісного проведення ДКТ. Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІЛ використовують лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи. Їх зберігання та постановка тесту повинні здійснюватись відповідно до вимог інструкцій.

7. *Мобілізація ресурсів.* Служби, що надають послуги ДКТ, мають бути обізнані про наявні додаткові ресурси та співпрацювати з іншими службами, які надають медичну, психологічну, соціальну та правову допомогу, в тому числі з НДО та групами ЛЖВ.

Забезпечення вільного доступу всього населення до послуг добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію визнано найбільш ефективним та найменш витратним заходом подолання епідемії, що підтверджує досвід країн Західної Європи та США. Послуги з добровільного консультування в цих країнах, як правило, надають підготовлені консультанти – частіше не медичні працівники, а персонал соціальних служб, неурядових організацій із залученням найбільш уразливих до інфікування груп населення: споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, чоловіків, що мають секс з чоловіками тощо, а також людей, які живуть із ВІЛ, що дає можливість за принципом «рівний-рівному» розширити вплив профілактичних програм на населення в цілому та важкодоступні групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ зокрема.

Вимоги до консультантів і пунктів консультування

Проводити до- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (у тому числі ЛЖВ), які пройшли спеціальну підготовку, обізнані з відповідними нормативними документами, зокрема Порядком добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, затвердженим наказом МОЗ України «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19 серпня 2005 № 415.

Консультант, який проводить добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, повинен:

- володіти відповідними знаннями;
- мати відповідні навички;
- постійно вдосконалювати свій професійний рівень;
- не перевищувати повноважень.

Пункти консультування можуть бути:

1. *Автономні* – кабінети довіри, НДО, пункти обміну шприців, мобільні пункти ДКТ для роботи з важкодоступними групами та у сільській місцевості тощо.
2. *Пункти ДКТ у закладах охорони здоров'я* – жіночі консультації, шкірно-венерологічні, наркологічні, протитуберкульозні диспансери, територіальні поліклініки, центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, станції переливання крові тощо.

Пункти консультування також можуть бути:

- 1). Стаціонарними;
- 2). Мобільними.

1. *Стаціонарні пункти* створюються у приміщеннях закладів різної форми власності, мають сталий графік роботи.

2. *Мобільні пункти* забезпечують доступ важкодоступних груп (СІН, ПКС, сільського населення та інші) до послуг ДКТ. До- та післятестове консультування у таких пунктах може проводитись у будь-якому місці, безпечному як для консультанта, так і для клієнта, з урахуванням вимог конфіденційності. Мобільні пункти можуть створювати як державні, так і неурядові організації.

Форми мобільних пунктів ДКТ:

- 1). пересувна лабораторія, яка виїжджає безпосередньо до місць звичного перебування клієнтів, до пунктів обміну шприців, місць, де працюють ПКС, тощо;
- 2). консультативний пункт, послуги в якому можуть надавати медичні та соціальні працівники, а також працівники НУО тощо.

При проведенні дотестового консультування в немедичному закладі (незалежно від форми власності) чи організації, або у приватному медичному закладі, клієнт повинен бути направлений до державного або комунального закладу охорони здоров'я для проходження тестування.

Консультант повинен запропонувати свою допомогу клієнтові у здійсненні першого контакту зі службами, послуг яких він потребує, та з'ясувати, чи є перешкоди до звернення туди. Консультант має запросити клієнта на повторні консультації, зокрема для з'ясування ефективності його звернень до служб, куди його направили.

Структура ДКТ:

1. передтестове консультування;
2. тестування;
3. післятестове консультування.

1. Передтестове консультування

Передтестове консультування – це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Оптимальною формою консультування є індивідуальне консультування, метою проведення якого є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка

індивідуального плану зменшення цього ризику та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.

Під час консультування представників уразливих груп, окрім загальних положень, рекомендовано наголосити на наступних питаннях:

<p>Інформування про заходи та засоби профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом</p>	<p>З'ясувати питання використання пацієнтом засобів запобігання інфікуванню ПСШ, у т.ч. якісних презервативів для орального та анального сексу тощо.</p> <p>Обговорити додаткові заходи для запобігання інфікування.</p> <p>Розглянути правила застосування презервативів (використовувати за наявності демонстраційні матеріали: схеми, малюнки, презервативи, муляжі). Обговорити дії у разі, якщо презерватив розірвався.</p> <p>Запитати про наявність та причини випадків сексу без презерватива та власну оцінку ризику інфікування за таких обставин.</p> <p>Разом з особою, що консультиється, визначити шляхи уникнення таких ситуацій.</p>
<p>Оцінка ризику щодо сексуального насильства. Обговорення правил поведінки для зменшення цього ризику</p>	<p>З'ясувати:</p> <p>власну оцінку ризику щодо імовірності інфікування;</p> <p>поширеність сексуального насильства серед оточення, з чим це може бути пов'язано</p>
<p>Інформування щодо екстреної профілактики інфікування у разі сексуального насильства</p>	<p>Роз'яснити:</p> <p>причини підвищеного ризику інфікування ВІЛ та ПСШ при сексуальному насильстві (суттєве травмування слизових оболонок тощо);</p> <p>можливість екстреної профілактики ВІЛ у випадку сексуального насильства</p>
<p>Оцінка ризику, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин</p>	<p>Вияснити наявність випадків сексуальних контактів під впливом наркотиків чи алкоголю.</p> <p>Роз'яснити високий ризик інфікування ВІЛ під впливом наркотиків, особливо ін'єкційних.</p> <p>Розробити індивідуальний план зменшення ризику інфікування ВІЛ та дізнатися про наміри щодо особистого захисту.</p> <p>Виходячи з конкретних проблем пацієнта, необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сприяти усвідомленню ним власного ризику;

	<ul style="list-style-type: none"> - приділити увагу дисонансу (коли думки/принципи не збігаються з поведінкою) та амбівалентності (суперечливості) почуттів пацієнта щодо зменшення ризику; підвищити його впевненість у собі, віру в свої сили та здатність щось зробити; - посилатися на норми, які існують в суспільстві та в тій соціальній групі, до якої належить пацієнт; - вивчити та визначити ресурси для підтримки пацієнта.
Визначення ризиків, пов'язаних із статевими контактами, та шляхів профілактики	<p>З'ясувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність постійного статевого партнера (партнерів); - використання партнером засобів запобігання інфікуванню ППСШ; - оцінку пацієнтом безпечності сексу з постійним партнером. <p>Обговорити додаткові заходи щодо запобігання інфікуванню</p>
Визначення факторів підвищеного ризику для РКС	<p>Пояснити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - що при статевих контактах, які супроводжуються сильним травмуванням слизових оболонок, підвищується ризик інфікування ВІЛ; - про більшу вразливість щодо інфікування ВІЛ для осіб із запальними захворюваннями статевих шляхів. <p>Скласти з РКС план зменшення його/її ризику інфікування</p>
Надання інформації та визначення оптимальних профілактичних засобів	<p>З'ясувати прийнятність, умови, переваги, недоліки та перешкоди у застосуванні профілактичних засобів</p>

2. Тестування

Відповідно до Протоколу медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, що направляються до спеціальної лабораторії діагностики СНІД. Особі, в якій за даними цього обстеження виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляється про це працівником державного або комунального закладу охорони здоров'я з урахуванням вимог щодо конфіденційності зазначеної інформації.

На проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації № 503-1/о "Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ", далі – форма № 503-1/о).

Обов'язковим під час проведення дотестового консультування є орієнтація клієнта на подальше спілкування з консультантом після проходження тесту, формування стосунків, які ґрунтуються на довірі до консультування, впевненості у його професіоналізмі та гарантії дотримання конфіденційності.

Після погодження клієнта пройти тестування слід домовитись про час наступної зустрічі після отримання результату тесту.

Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІЛ використовуються лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи.

3. Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі між повідомленням про результат та післятестовим консультуванням є неприпустимим.

Післятестове консультування, що проводиться одразу ж після повідомлення результату тесту (первинне післятестове консультування), може проводитись лише у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу пацієнт вже володіє.

Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ці відомості не можуть бути повідомлені в державні немедичні або в недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо передтестове консультування було проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись там лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Якщо результат тесту – негативний.

При негативному результаті важливо обговорити заходи зниження ризику інфікування ВІЛ. Необхідно провести консультування з питань безпечної поведінки та розглянути можливості направлення до інших служб, що допомагають змінити ризикований спосіб життя на менш ризикований.

Консультант повинен повідомити про результат тесту простими словами, уникаючи специфічної термінології. Потрібно дозволити пацієнту відчувати задоволення від того факту, що він не є ВІЛ-інфікованим, в той же час підкреслити необхідність зміни ризикованої поведінки для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ у майбутньому.

Необхідно тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування при наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців (з урахуванням наявності „серологічного вікна”).

Якщо результат тесту – позитивний.

При позитивному результаті тесту дуже важливо передбачати психологічну реакцію пацієнта на повідомлення щодо його ВІЛ-інфікування, забезпечити адекватну підтримку.

Окрім цього, важливим елементом післятестового консультування є:

<p>Роз’яснення необхідності дотримання пацієнтом профілактичних заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції</p>	<p>Роз’яснити пацієнту про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, а саме про:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відмову від донорства крові, тканин та органів; - виключення незахищених статевих контактів та необхідність повідомлення сексуальних партнерів про його позитивний ВІЛ-статус; - виключення спільного використання засобів особистої гігієни (лез для гоління, зубних щіток, манікюрних інструментів тощо), медичного інструментарію (клізм, шприців, голок), в тому числі для нанесення татуювань, пірсінгу, приготування та вживання наркотиків ін’єкційним шляхом тощо. <p>Пояснити про відсутність загрози інфікування для членів сім’ї, співробітників при звичайних побутових контактах</p>
<p>Ознайомлення з положеннями Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” та Кримінального кодексу України</p>	<p>Поінформувати щодо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гарантій дотримання прав і свобод ВІЛ-інфікованих; - Наслідків виявлення ВІЛ-інфекції та обов’язків ВІЛ-інфікованих осіб (статті 14-16 зазначеного нижче Закону України); - Соціального захисту осіб, інфікованих вірусом імунodefіциту людини, хворих на СНІД та членів їх сімей (статті 17-24 зазначеного нижче Закону України). - Кримінальної відповідальності за поставлення в небезпеку зараження та зараження інших осіб вірусом імунodefіциту людини (стаття 130 Кримінального кодексу України)
<p>Отримання медичним працівником державного</p>	<p>Пояснити пацієнту, що відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на</p>

<p>або комунального закладу охорони здоров'я письмового засвідчення факту одержання пацієнтом інформації про зараження його вірусом імунодефіциту відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення”</p>	<p>синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення” він повинен письмово засвідчити факт одержання інформації про зараження його вірусом імунодефіциту людини, попередження про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи (осіб). Запропонувати пацієнту заповнити форму первинної облікової документації № 503-3/о “Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (далі - форма № 503-3/о)</p>
<p>Встановлення подальших доброзичливих стосунків</p>	<p>Запропонувати пацієнту при потребі звертатися за подальшими консультаціями. При необхідності домовитись про час наступної зустрічі</p>

Пацієнт повинен отримати повну інформацію щодо рекомендованих наступних кроків для уточнення діагнозу, необхідного обсягу обстеження, можливості лікування, а також чіткий перелік установ, в які йому рекомендовано звернутися.

Слід також надати повну інформацію щодо громадських організацій, які працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу у даному регіоні та можуть забезпечити соціальний, психологічний, адвокаційний супровід, а також надати їх адреси, номери телефонів, телефон лінії довіри, адреси веб-сайтів.

1.6. Підвищення ефективності проведення вуличної соціальної роботи (аутріч-роботи) серед груп ризику

Появу вуличної соціальної роботи пов'язують із загостренням таких соціальних проблем, як бездомність, дитяча бездоглядність, зловживання психоактивними речовинами, поширення секс-роботи, асоціальної або ризикованої поведінки серед представників окремих субкультур (наприклад, ризиковані форми сексуальних контактів серед представників гей-культури) тощо.

Через особливості організації соціального життя можуть утворюватися маргінальні соціальні групи, які мають послаблені соціальні зв'язки з рештою суспільства, обмежений доступ до необхідної соціальної допомоги та/або самі уникають звернення по таку допомогу через ігнорування або неусвідомлення проблем чи пов'язаний із такими зверненнями ризик викриття. Наприклад, споживачі наркотиків можуть не звертатися по медичну допомогу через побоювання бути поставленими на наркологічний облік або викликати інтерес з боку міліції, а працівники секс-бізнесу – через викриття способу заробітку, який у

суспільстві вважають аморальним. Такі групи прийнято називати «закритими» соціальними групами.

Вулична соціальна робота – метод соціальної роботи, суть якого полягає у встановленні контактів із представниками «закритих» соціальних груп у звичних для них місцях із метою донесення необхідної інформації та надання послуг.

Соціальні служби не очікують звернення клієнтів, а йдуть зі своїми послугами або інформацією про такі послуги до клієнтів, які вірогідно потребують допомоги.

Наприклад, щодо споживачів ін'єкційних наркотиків місцями для проведення вуличної соціальної роботи можуть бути точки продажу наркотиків, квартири споживачів ін'єкційних наркотиків, інколи – навчальні або лікувальні заклади тощо.

Вважають, що вулична робота виникла у 1920-х роках в США. За її допомогою фахівці із соціальної роботи хотіли запобігти криміналізації підлітків із бідних кварталів. Наприкінці 1960 – на початку 1970-х вона набула поширення в Європі, зберігаючи при цьому англійське звучання в німецькій, французькій та інших мовах – «стрітворк» (від англ. streetwork). Іноді цей метод ще називають «аутріч-робота» (від англ. outreach work), тобто робота за межами закладу. В українських фахових виданнях та нормативно-правових документах також трапляється термін «*мобільна соціальна робота*» (або мобільні соціальна служба).

Переваги вуличної соціальної роботи:

- менш формальний контекст (+ низькопороговість, тобто зв'язок з клієнтами, які раніше були за межами контакту);
- безпосередній контакт з реальністю;
- менші фінансові витрати;
- можливість превентивного впливу;
- виявлення проблем ще в зародку, в період, коли їх легше вирішити;
- більше часу на клієнта (за дверима не чекає наступний), можливість організувати свій час (різна денна і вечірня доба);
- можлива анонімність клієнта;
- можливість переконатися в безпечності середовища клієнта.

Недоліки вуличної соціальної роботи (аутріч-роботи)

- небажання клієнта співпрацювати;
- складно зберегти межі;
- ризикованість роботи (хвороби, небезпека, злочинність);
- відірваність від установи (телефон, інтернет);
- неможливість відокремити особисте життя (перебування в терені і у вільний час);
- вимогливість середовища (шум, погода, незручності);
- зіткнення інтересів;
- ізолюваність;
- високий ризик синдрому вигорання.

Основні види вуличної соціальної роботи:

1. *аутріч* (англ. *autreach work*, приблизний переклад – робота, що досягає дотягується);
2. *детач-робота* (англ. *deeteach work* – окрема, самостійна робота).

Аутріч-робота спрямована на те, щоб встановити контакт з представниками цільової групи та залучити їх для отримання послуг та допомоги до соціальних закладів і установ. Найчастіше її проводять у рамках певних медичних та соціальних програм, для реалізації яких важливо отримати доступ до цільової групи. Робота здійснюється в декілька етапів – від встановлення контакту та налагодження довіри до переадресації клієнтів до соціальних закладів, де їм надають соціальні послуги та допомогу. Іноді, на проміжному етапі, фахівці таких закладів самі виїжджають та надають консультації безпосередньо за місцем перебування клієнтів, тим самим накопичуючи довіру для подальших звернень клієнтів. Цей різновид роботи часто проводять з безпритульними та бездомними дітьми, намагаючись залучити їх до соціально-педагогічного закладу – притулку, денного центру, підліткового клубу тощо, а також з працівниками секс-роботи та споживачами ін'єкційних наркотиків, для направлення їх до дружніх лікувальних закладів або інших служб допомоги.

Детач-робота передбачає можливість надання соціальної підтримки безпосередньо і тільки в середовищі життєдіяльності певної соціальної групи, без прив'язки до певних соціальних закладів та установ. Така робота сама по собі, без спирання на базову установу, цілком прийнятна для тих цільових груп, котрі достатньо адаптовані до життєдіяльності в певних умовах. Це, приміром, кочові родини і народності (наприклад, роми) або молоді люди, старші 18 років, для котрих вулиця – постійне місце заробітку (часто кримінального) чи місце розваг. Або це представники гей-культури (які належать до групи ризику щодо інфікування ВІЛ через ризиковані сексуальні практики), які зазвичай добре соціально адаптовані, можуть самостійно відвідувати служби у разі необхідності та проводять вільний час у тематичних закладах відпочинку – саме тому інформаційна робота з цими клієнтами безпосередньо у таких закладах є достатньо ефективною та не потребує направлення клієнта до певної служби або установи.

У різних регіонах і у різних соціально-економічних умовах соціальні працівники застосовують як аутріч-, так і детач-роботу. Це залежить не тільки від особливостей цільової групи, а й від традицій та ідеології суспільства, можливостей соціальних служб. У обох випадках до роботи можуть залучатися представники цільової групи. Підмічено, що люди уважніше прислуховуються до тих, кого вважають таким самим, як вони самі – до людей зі схожим досвідом, соціальним статусом та проблемами. Саме тому вулична соціальна робота може бути більш ефективною, коли вона проводиться за принципом «рівний-рівному».

Робота з «закритими» цільовими групами спрямована не стільки на припинення способів життя, які ведуть представники цієї групи, скільки на можливе зменшення пов'язаних із таким життям ризиків. Отже, одне з основних завдань вуличної соціальної роботи – досягти змін норм поведінки у закритій соціальній спільноті, а це не можливо без зміни поведінки окремої людини.

У практиці соціальної роботи багатьох західних країн вулична робота передбачає регулярні зустрічі між соціальним працівником і клієнтом на основі укладених контрактів, зокрема усних, - саме тому така робота вважається різновидом індивідуальної соціальної роботи.

Водночас в Україні організація вуличної роботи часто перетворюється на епізодичну діяльність, яка здійснюється шляхом виїздів за маршрутами, визначеними у соціальному паспорті району (наприклад, спільні рейди з представниками правоохоронних органів, виїзні консультативні пункти тощо).

Головним завданням вуличної соціальної роботи є створення для представників «закритих» груп можливості скористатися послугами фахівців, що професійно покликані їм допомагати. У такий спосіб існує можливість не тільки для донесення послуг до клієнта, а й для обміну інформацією (спеціалісти також дізнаються про тенденції у «закритому» середовищі, потреби його представників та можуть адекватно планувати подальші втручання з метою допомоги).

До завдань вуличних соціальних працівників часто належать роздавання їжі та одягу, медикаментів та профілактичних засобів, надання першої медичної допомоги (у разі необхідності), переадресація та супровід до певних служб тощо.

Щоб покращити доступ до клієнтів та створити можливості для роботи, використовують так звані **дружні центри перебування** – приміщення, в якому клієнти можуть перепочити, провести вільний час, перебути скрутні моменти, паралельно отримавши допомогу спеціалістів, або дізнатись про можливості такої допомоги.

Фахівці виокремлюють низку принципів вуличної роботи.

Принципи вуличної соціальної роботи:

- дотримання прав клієнтів;
- добровільність;
- анонімність;
- уповноважування клієнтів;
- повага до вибору клієнта;
- робота в звичному середовищі;
- безкоштовне надання послуг;
- принцип низькопороговості;
- цілеспрямований пошук контактів з потенційними клієнтами;
- своєчасність, простота і гнучкість пропонованих заходів;
- орієнтація на потреби (негаразди) клієнта;
- безумовне та неупереджене ставлення до клієнтів;
- добровільність отримання клієнтами допомоги;
- дотримання конфіденційності, захист довіри й анонімності щодо клієнтів;
- обов'язковість та сталість надання допомоги.

Структура роботи з клієнтом в рамці вуличної соціальної роботи (аутріч-робота):

- Налагодження контакту
- Зондування ситуації
- Формулювання замовлення (цілей)
- Контракт
- Планування послуг (індивідуальний план)
- Реалізація плану
- Закінчення співробітництва і аналіз результатів, спільно з клієнтом



Ключовим підходом у вуличній соціальній роботі є те, що клієнт несе особисту відповідальність за розв'язання своїх проблем. Дослідження засвідчили, що люди більше схильні реалізовувати рішення про зміни поведінки чи способу життя, якщо вони дійшли до нього самостійно. Призначення вуличного соціального працівника – сприяти усвідомленню відповідальності та прийняттю рішення клієнтом, створення можливостей для розв'язання певних проблем клієнта через відповідні послуги, допомогу служб та установ.

Серед переваг вуличної соціальної роботи також можна виокремити такі: наочність конкретних результатів роботи; можливість краще розуміти умови життя, а отже і потреби цільової групи, та планувати відповідні втручання з метою допомоги.

Критеріями ефективності вуличної соціальної роботи можуть бути: збільшення кількості добровільних повторних звернень клієнтів за допомогою, самостійний прихід у соціальні служби та установи, відновлення соціальних зв'язків, зміна способу життя та/або поведінки.

З досвіду багатьох країн відомо, що вуличні соціальні працівники мають високий ризик виникнення професійного емоційного вигорання. Крім того, є специфічні особливості у вуличній роботі з конкретною цільовою групою: наприклад, коли зі споживачами психоактивних речовин за принципом «рівний-рівному» контактують соціальні працівники, які самі є активними наркозалежними або перебувають у стані ремісії, то така робота може провокувати зрив або непередбачену поведінку (втягування у кримінальні справи).

Щоб запобігти небажаним наслідкам під час здійснення вуличної соціальної роботи, соціальні працівники потребують відповідної систематичної підготовки та інструктажу, визначення своїх обов'язків, обговорення потенційних ризиків, шляхів їх уникнення та подолання.

Ось декілька найзагальніших правил безпеки, що стосуються діяльності вуличного соціального працівника:

- про час виходу на роботу та її завершення повідомляти колег чи диспетчера своєї соціальної служби;
- працювати в парі (хоча б із волонтером) та перебувати у полі зору колег;
- вдягати зручний та невиразний одяг, не носити на роботі прикраси чи коштовності;

- дотримуватися адекватної психологічної дистанції у роботі з клієнтом, не провокувати агресію чи інші деструктивні для роботи почуття;
- дотримуватися норм законодавства та правил роботи, встановлених організацією;
- дотримуватися правил громадського порядку, вимог правоохоронних органів.

Добре, коли вуличні працівники мають засоби зв'язку (пейджер, мобільний телефон) на випадок екстрених ситуацій. Соціальний працівник, який працює на вулиці, повинен вміти оперативно знаходити оптимальний вихід із непередбачених ситуацій. Для цього важливо розуміти специфічну мову своїх потенційних клієнтів, особливості їх поведінки і субкультури та добре знати умови роботи і потенційні загрози.

Вулична соціальна робота (аутріч-робота)

Пряма робота - діяльність виконується у взаємодії з клієнтом (цільова група).

Непряма робота - типи діяльності, необхідні для роботи з цільовими групами (розробка концепцій роботи проектів, адміністрацій, переговори з установами, публічна презентація програм, поради працівників, інтербачення, супервізор)

- Моніторинг
- Розшук
- Контакткування
- Перший контакт
- Перебіг послуги (розповсюдження інформації, посилення і посередництво, консультації, випадкові роботи, кризисне втручання, мотиваційні розмови, робота з групою, посередництво, превентивна і педагогічна віддача, діяльність у вільний час)
- Закінчення і аналіз послуги

Моніторинг

- тривалість зондування місцевості різна, в залежності від здібностей і вправності соціального працівника, пори року. На практиці: регулярно відвідувати обмежену територію, дотримуватись розкладу, звертати увагу на сміття, пляшки з-під алкоголю. Моніторинг триває протягом всієї вуличної соціальної роботи (аутріч-роботи);

- після зондування: як змінюється склад ЦГ, нова ЦГ, середовище ЦГ, потенційні загрози на місцевості (наркотики), нові установи, з якими можна співпрацювати.

Розшук

- коли і де зустрічається ЦГ, її віковий склад, зміст діяльності, сленг ЦГ.

Контактування

- перш за все зоровий контакт, звикнути до присутності;
- вступити в групу (прямо, не прямо, через посередництво);
- найважливіший перший контакт.

Перший контакт

Перебіг послуги (розповсюдження інформації, посилення і посередництво, консультації, випадкові роботи, кризисне втручання, мотиваційні розмови, робота з групою, посередництво, превентивна і педагогічна віддача, діяльність у вільний час).

Закінчення і аналіз послуги

- зі сторони клієнта чи працівника.

Цільова група (ЦГ)

ЦГ визначається, перш за все, ознаками, що відносяться до особи клієнта. Цими первинними ознаками можуть бути, наприклад, вік, стать, громадянство, етична належність, субкультурна група і т.д.

Вторинні визначальні ознаки виділяють, чому дана особа являється нашим клієнтом, і що саме такій людині наша установа може запропонувати.

Специфічні цільові групи

Соціально відчуженні області

Кожна область має свої особливості щодо характеру і величини проблем, розмірів, соціальних структур, історії, перспективи в розвитку і підходу урядів. Важливу частину роботи соціального працівника складають знання цих особливостей і їх врахування при роботі на місцевості. На цих областях проживають родини і окремі особи з найменшими прибутками, які залежать від допомоги соціального забезпечення, здебільшого тривало безробітні. Тут у людей ускладнений доступ до інституційної допомоги. Вони часто відрізані від суспільства і громадського життя. Життя в таких областях може бути для його жителів в стані повної летаргії, тому не можуть самі собі допомогти, досить часто навіть не знають як. Не розуміють середовище і норми суспільства. Вони живуть з відчуттям небезпеки і страху від змін і новинок. В рамках таких суспільств виникає світ правил і цінностей, які далекі від того, що знає більшість. Та все ж ці люди не створюють однорідний комплекс, а визначаються як внутрішньо сильно диференційована група.

Діти, які в цих областях виростають, автоматично переймають наведені моделі поведінки, і ціла ситуація таким чином передається з генерації в генерацію.

Характеристичні знаки соціального відчуження

- територіальне відчуження (окремі особи і групи живуть часто на ізольованих територіях з низьким рівнем проживання і недостатньою системою побутових служб);
- символічне відчуження поєднане із стигматизацією;

- низький рівень освіти і ускладнена боротьба з цим недоліком,
- погіршений доступ до легальних форм прибуткової діяльності, залежність від допомоги соціального забезпечення і пов'язана з нею матеріальна бідність;
- ризиковий стиль життя, погані гігієнічні умови і пов'язаний з ним погіршений стан здоров'я,
- життєва стратегія орієнтована на теперішній час;
- закрита економічна система відрізняється частим закладанням домівки, позиками грошей під високі проценти;
- вищий процент розповсюдження соціально патологічних явищ і злочинності;
- зменшена соціокультурна компетенція (мовний бар'єр, недосвідченість чи незнання прав і обов'язків).

Що допомагає вступити працівнику на місцевість і зав'язати контакт

- якщо вдасться успішно вирішити котрусь із справ клієнта за допомогою соціального працівника, інформація швидко пошириться;
- для того, щоб нав'язати співпрацю, потрібно, щоб соціальний працівник викликав довіру;
- прозорість намірів працівника (з самого початку зрозуміло, чому він знаходиться на цій території, яке його послання, які пропонує послуги, з якою метою і з якими можливостями).

Проблеми, які соціальний працівник найчастіше вирішує з клієнтами

- житло/відновлення житла;
- налагодження соціальних зв'язків;
- працевлаштування;
- допомога в лікуванні, догляді;
- гуманітарна допомога (одягом, взуттям, продуктовими наборами);
- надання інформації про реабілітаційні програми;
- переадресовує (влаштовує) до закладу соціального обслуговування.

Інші соціально-патологічні явища, з якими може стикатися:

- незнання законів, цивільних прав і обов'язків;
- алкоголізм і інші залежності;
- насильство дома.

Вулична соціальна робота із «закритими» групами клієнтів у контексті протидії поширення ВІЛ/СНІДу та надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом

Увага до вуличної соціальної роботи суттєво посилилась в умовах стрімкого поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Зокрема, в Україні, починаючи з ранніх етапів розвитку епідемії і до сьогодні, однією з найуразливіших щодо інфікування ВІЛ соціальних груп є споживачі ін'єкційних наркотиків. Це пов'язано із особливостями поведінки, поширеними в цій групі, як-от ризиковані практики вживання наркотиків (спільне використання ін'єкційного інструментарію тощо) та безладні сексуальні стосунки. Проблема ВІЛ/СНІДу загострила наболіле питання

про ускладненість контакту з більшістю споживачів наркотичних речовин: ці люди з певних причин (враховуючи кримінальне переслідування) є недоступними системі охорони здоров'я, соціальних служб та залишаються неохопленими програмами профілактики, тобто є «закритою» соціальною групою.

Вулична соціальна робота дістала застосування з метою організації профілактичних інтервенцій у «закриті» соціальні групи, які через особливості поведінки є уразливими щодо інфікування ВІЛ. До «закритих» соціальних груп належать:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- працівники секс-бізнесу;
- чоловіки, що мають секс із чоловіками;
- безпритульні діти та підлітки;
- особи без даху над головою.

Вулична соціальна робота зі споживачами ін'єкційних наркотиків. У деяких містах нашої країни через систематичні міліцейські «облави» спілкування із СІН навіть на вулицях було ускладнено, і соціальним працівникам доводилося працювати на конспіративних квартирах, що, проте, не позбавляло їх ризику потрапити під «зачистку» міліції. Вуличну соціальну роботу із СІН проводять як підготовлені люди із числа споживачів наркотиків, так і соціальні працівники, що не є споживачами наркотиків. За потреби у роботу залучають медичних спеціалістів, юристів, психологів тощо, які надають короткі консультації у місцях зустрічі з клієнтами. Завданням роботи є: проінформувати про можливі ризики, надати інформацію щодо запобігання проблем, мотивувати до відповідної зміни поведінки, розширяти уявлення про можливості отримання допомоги, зазначити місця отримання такої допомоги та переадресувати туди клієнтів. Іншими словами, вулична робота має заохочувати клієнта змінити «підпільне» існування на співпрацю з закладами, що можуть сприяти реабілітації та ресоціалізації клієнта, водночас опікуючись його здоров'ям та соціальними проблемами. Отже, незважаючи на контекст ВІЛ/СНІДу, вулична соціальна робота із СІН є елементом ширшого плану соціальних та медичних заходів, оскільки досягти профілактичних цілей можливо лише через комплексну роботу з клієнтом.

Вулична соціальна робота із працівниками секс-бізнесу ведеться з найменш соціально захищеними представниками цієї групи, оскільки саме вони через брак інформації, особливості поведінки (багато жінок секс-бізнесу, що надають послуги у польових умовах (на трасах, а не в готелях) є споживачами ін'єкційних наркотиків), умови роботи (насильство з боку клієнта, наполягання на сексі без презервативів) є уразливими щодо інфікування ВІЛ. Зустрічі відбуваються, як правило, у вечірній час, у традиційних місцях очікування на клієнтів. Важливими послугами, які передбачає вулична робота з працівниками секс-бізнесу, є надання інформації, забезпечення презервативами та лубрикантами (у разі необхідності), навчання менш ризикованій поведінці, супроводження для проходження профілактичних обстежень, консультацій тощо.

Вулична соціальна робота з чоловіками, що мають секс із чоловіками. Через упереджене ставлення у суспільстві до способу життя ЧСЧ, вони є надзвичайно «закритою», неоднорідною соціальною групою. Найбільшу згуртованість виявляють представники гей-культури, особи, які визнають свою сексуальну орієнтацію та є носіями відповідної культури та цінностей. Тому, як правило, профілактичну та просвітницьку вуличну роботу здійснюють за принципом «рівний-рівному», тобто вуличних соціальних працівників готують із представників гей-культури. Однак практика свідчить, що роль аустріч-працівників у роботі з цією групою можуть виконувати і жінки. Встановлення контактів у цій дуже неоднорідній групі є складним завданням, а тому вуличну соціальну роботу з профілактики ВІЛ/СНІД у спільноті ЧСЧ в Україні ведуть лічені організації.

Вулична соціальна робота з безпритульними дітьми та підлітками. Через вживання психоактивних речовин, ранні сексуальні контакти та втягування у секс-бізнес, безпритульні діти також є соціальною групою, уразливою щодо інфікування ВІЛ. Однак, на відміну від інших груп, вулична робота з безпритульними дітьми та підлітками зводиться до налагодження контактів, встановлення довіри і є першим етапом подальшої профілактичної роботи щодо ВІЛ та інших питань здоров'я, яка має базуватися на добровільному навчанні та статевого вихованні. Тому у роботі з безпритульними дітьми та підлітками важливу роль відіграють центри денного перебування, притулки, де програми дозвілля обов'язково містять педагогічний компонент. Таким чином, діти вільні у тому, щоб відвідувати такий центр, проводити там час і залишати його. Діти та підлітки, які згодом повертаються на вулиці, стають носіями досвіду перебування у «безпечному середовищі», що може спонукати інших наслідувати їх приклад, переймати знання щодо безпечнішої поведінки.

Розмежування цільової групи:

- Діти вулиці – діти, які працюють на вулиці, частину дня проводять там, де заробляють гроші, а ввечері повертаються до сім'ї, зберігають з нею стійкий зв'язок і інколи відвідують школу.
- Діти на вулиці - діти, котрі більшість часу проводять на вулиці без родини або взагалі не мають сім'ї. У своєму житті вони отримують дуже мало підтримки від дорослих.

Знаки визначення цільової групи:

Для визначення ЦГ, на якій вулична соціальна робота мала б акцентувати увагу, необхідні мінімум дві ознаки:

- фактор молодого віку,
- несприятлива життєва ситуація.

Визначення несприятливих соціальних ситуацій

Це стосується ситуацій, які уже наступили, відбуваються зараз або можуть настати в близькому майбутньому. Несприятливі ситуації, які стосуються дітей і молоді і можуть бути визначальним знаком ЦГ, вказують на необхідність вуличної соціальної роботи, бувають найчастіше визначені як:

- складні події в житті (наприклад розпалася родина, нові партнерські відносини батьків, супроводжені відчуттям огиди до дітей, проблеми з відвідинами школи...);

- конфліктні суспільні ситуації (наприклад насильство в групах однолітків, злочини молодих людей, конфлікти між генераціями) і негативний досвід (наприклад дідівщина в школі, вживання психоактивних речовин, розбещення і тиранія ...);
- обмежуючі життєві умови (наприклад життя в поганих соціальних умовах, складний підхід до основних гігієнічних, громадських і культурних навичок, складності в підході до освіти, в небезпеці через вплив середовища, в якому дитина знаходиться...).

Вулична соціальна робота з особами без даху над головою

Поняття бездомності

Бездомність обмежена наступними ситуаціями:

- стан без даху над головою - тобто, говоримо про ночівлю за межами класичного житлового варіанту;
- стан без квартири - особи використовують запасне житло, довготривало використовують проживання в спеціальних закладах;
- проживання в непевних умовах - непевне проживання, непевні права на проживання;
- проживання в незадовільних умовах - заклад із гігієнічно і кількісно незадовільними умовами.

Бездомність може бути:

- явна (сам себе зараховує до бездомівців),
- прихована (завдяки доходу може собі дозволити гуртожиток або залишатись у друзів);
- потенційна (безпосередньо під загрозою бездомності).

Причини:

- проблеми в партнерстві чи родині;
- алкоголізм і інші залежності;
- закінчення відбування покарання;
- інвалідність;
- втрата місця роботи;
- міграція через роботу;
- вихід із стаціонарних закладів;
- схильність до нестандартного способу життя.

Найчастіші ризики, що наражають на небезпеку бездомівців:

- голод, погане харчування;
- дрібна злочинність через потреби;
- обмежений доступ до питної води;
- несприятлива погода;
- обмежений доступ до особистої гігієни;
- огида зі сторони громадськості;
- недостатність відпочинку та сну;

- саморуйнуючий режим;
- страх;
- обмежений доступ до медичної опіки;
- усна і фізична агресія довкілля;
- обмежений доступ до робочих місць і доходів;
- відсутність коштів на харчування;
- злочинність, навіть серйозна, жертвами якої стають особи, що ночують надворі.

У літературі визначають передумови, дотримання яких може зробити вуличну соціальну роботу ефективною, такою, що сприятиме розв'язанню щоденних проблем клієнтів:

1. Втручання на рівні громади. Використання підходу «рівний-рівному».
2. Розуміння стилю життя та повсякденних турбот цільової групи.
3. Наголос на щоденних практиках і нормах поведінки та їх аналізі.
4. Подальший розвиток більш конструктивних моделей повсякденної поведінки.

Посібник з першого контакту із особою зацікавленою у послугах

Перший контакт - це важлива основа для можливої подальшої співпраці працівника і особи, зацікавленої у послугах (надалі ОЗУП).

Після першого контакту ОЗУП мала б повірити та здобути відчуття безпеки від контакту з соціальним працівником.

ОЗУП може спочатку недовіряти соціальним працівникам. Досить часто трапляються упередження щодо поведінки працівника з



клієнтами, побоювання щодо співпраці з іншими установами і зв'язку з міліцією, розповсюдження інформації, що їх стосуються і т.д. Іноді психічний чи фізичний стан ОЗУП не дозволяє все повноцінно сприймати. Необхідно, щоб працівник це враховував при кожному контакті з клієнтом.

Основна послідовність при першому контакті:

- з'ясувати, чи ОЗУП належить до цільової групи - основні інформації про ОЗУП;
- донести основну інформацію про соціальні послуги;
- створити довіру.

а) з'ясувати, чи ОЗУП належить до цільової групи – отримати інформації про ОЗУП:

У випадку, якщо ОЗУП належить до цільової групи, то при першому контакті завдання працівника - з'ясувати про неї основну інформацію.

Після першого контакту працівник мав би знати про ОЗУП:

- чому вона вирішила піти на контакт, які в неї потреби, що для неї можемо зробити, (про що питаємо ОЗУП відразу ж після приходу);
- приблизний вік;
- ім'я або кличку (для того щоб створити код і звертання);
- створити код (якщо не хоче, то залишимо карточку клієнта ("без коду"))

Завжди поважаємо об'єм інформації, яким з нами ОЗУП хоче поділитись. Поважаємо і те, якщо нам якусь інформацію сказати не хоче, і НЕ ПРИМУШУЄМО ЇЇ.

б) доносити основну інформацію про соціальні послуги

Перша зустріч з ОЗУП - це процес, на протязі якого ОЗУП отримує основну інформацію про соціальні послуги, для кого вона призначена, знайомиться з працівниками, дізнається про те, як і коли може контактувати з соціальними працівниками, які послуги і за яких умов може отримати в ході вуличної роботи.

Детальніша інформація про соціальну службу:

- Громадський обов'язок: Що ми за служба (соціально-профілактична служба для наркоманів і близького їм соціального оточення).
- Для кого ми тут (для проблемних і залежних наркоманів, експериментаторів, членів родин, сексуальних партнерів і близьких людей без врахування віку, в якій складній життєвій ситуації знаходяться).
- Які цілі програми (зменшити медичні і соціальні ризики, викликані вживанням наркотиків).
- Які послуги пропонуємо (програма обміну, інформаційний сервіс, консультації).
- Де і коли доступні наші послуги (Пн-Пт: робочі дні: 10-18 год., м. Ужгород, вул. Ф. Ракоці, Б.2, р.т. 61-64-72, м. Рахів, вул. Миру, 16/а, р.т. 2-58-43, 2-14-06, м. Хуст Вул. Івана Франка, 59, р.т. 4-36-16 - після телефонної домовленості, в інших випадках - періодично згідно Графіку роботи служби соціально-профілактичної роботи).
- Права клієнта („Ти для нас рівноцінний партнер зі всіма правами і обов'язками громадянина, допомагаємо всім з однаковим зусиллям, і для нас не важливо те, хто приходить - білі чи чорні, живуть на вулиці чи мають дах над головою, віруючі чи атеїсти, як виглядають і т.д.. Ти маєш право вимагати приватності розмови... маєш право скаржитися (скажемо тобі як)..., маєш право будь-коли перервати послугу, ти тут добровільно".)
- Правила для осіб, зацікавлених у послугі: заборонена будь-яка агресія словесна чи фізична, будь-які прояви сексуального потягу до працівників, будь-яке розповсюдження наркотиків у присутності соціальних працівників).
- Санкції: що станеться, якщо будуть порушені правила („можеш отримати стоп-карту аж на місяць, тобто не зможеш використовувати послуги соціального

працівника, окрім як основних соціальних консультацій (наприклад інформації про те, де ще можна отримати послуги, які використовуєш у нас”).)

- Як скаржитися („скаржитися можеш письмово за допомогою спеціальних бланків, котрі отримаєш від соціального працівника, або усно директору ЦСССДМ. Твої скарги розглянуть на нараді і до 30 днів ти отримаєш відповідь).

- Анонімність і безкоштовність („ти тут анонімно, нам достатньо знати твоє ім'я чи кличку, більше нічого не потрібно... Наші послуги безкоштовні.”)

- Ведення документації і поширення інформації („все, про що ми тут будемо говорити ніяк не буде надалі поширюватися. Інформаціями ділимося лише на нарадах з колегами. Все що записую (вступна анкета, угода, індивідуальний план, згода зі зняттям анонімності, щоденник клієнта і т.д.), буде в твоїй особистій папці, до якої мають доступ лише ти і соціальний працівник. Якщо не підпишеш письмову згоду, то ніхто не матиме доступу до твоєї папки. Нікому також не передамо дані про тебе чи контакт на тебе.”)

Всю цю інформацію працівник повинен передати ОЗУП, щоб той вирішив чи потрібні йому соціальні послуги служби соціально-профілактичної роботи, чи вони для нього достатньо безпечні. І щоб він міг визначити мету, якої хоче досягти за допомогою даної служби. Після цього з ним можна укласти „Договір про надання послуг” і ОЗУП таким чином стає клієнтом служби. Всю цю інформацію працівник не повинен передати відразу при першому контакті з ОЗУП, але не пізніше наступних п'яти зустрічей. (При першій зустрічі не завжди бувають оптимальні умови для того, щоб ОЗУП отримала всю необхідну інформацію. Крім того, такий обсяг інформації важко запам'ятати.)

В) Створити довіру:

Перший контакт - найважливіша фаза у цілому процесі переговорів із ОЗУП. Цей процес присутній у всіх його частинах, а в подальшому, звичайно, і в контактах з іншими.

Умовою отримання довіри повної безпеки особи, що зацікавлена у послугі, є:

- зріла особистість працівника, котрий виступає позитивним прикладом;
- толерантність (не осуджувати клієнта за його поведінку і стиль життя, поважати особистість клієнта);
- працівник має бути охочим вислухати клієнта і запропонувати йому допомогу і підтримку;
- працівник має бути здатним передати клієнту потрібні знання і вміння в адекватній формі (вирішення проблем медичних, суспільних, правових);
- розбірливо і ясно пояснити те, що клієнтові пропонуємо, і що це для нього означає;
- працівник мусить гнучко пристосувати спілкування до психічного і фізичного стану зацікавленої особи, його актуальних потреб;
- рівновага між інформацією, яка отримуються від ОЗУП (не допит), і інформацією, яку передає працівник (не перенасичувати).

Підсумок:

Перший контакт - це вступ до переговорів з людиною, яка зацікавлена в послугі. Цілий процес переговорів продовжується протягом наступних п'яти зустрічей, під час яких працівник передає всю потрібну інформацію, котру не встиг або не зміг передати при першій зустрічі.

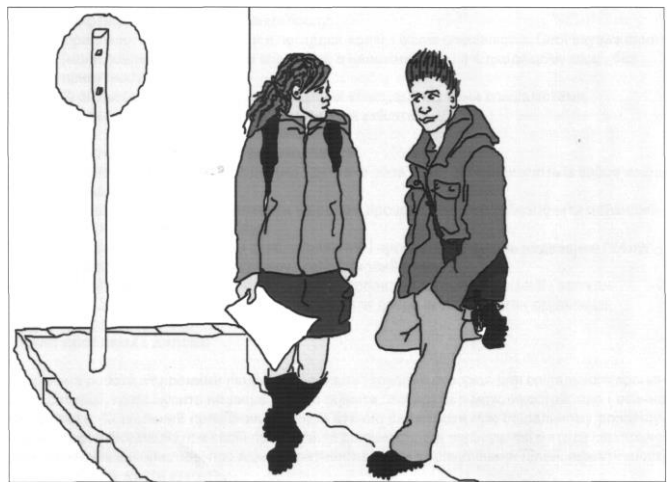
Одночасно отримує від ОЗУП інформацію, яку не дізнався раніше. Протягом цього процесу працівник заповнює вступну анкету, визначає особисту мету ОЗУП і підписує договір про надання послуг.

Підписанням договору (визначенням особистої мети) і заповненням вступної анкети завершується процес оформлення клієнта служби соціально-профілактичної роботи.

Практична частина

Коли хтось приходить і звертається до нас або його приводить друг (користувач послугами), необхідно діяти за наступним планом:

- Привітання (Добрий день...), представляюся і запитаю, з якою метою приходить (моє ім'я, соціальний працівник, що вам потрібно?/ як вам можемо допомогти/ що вас сюди привело?)



- Залишаємо досить простору для того, хто прийшов, щоб він міг висловитись і поділитись тим, чим хоче.
- Якщо я сам собі не здаюся досить компетентною особою, щоб дане замовлення вирішити, то звернусь до колеги і цю людину йому передам. Якщо знаю – вмію – розумію - можу, то надам послугу (згідно посібника окремих послуг) і продовжу розмову.
- Домовимось про форму звертання (Ви/Ти). Запитаю, як його звати, або яка його кличка (чи могли б ми перейти на ТИ?/ Бажаєте перейти на ТИ, чи залишимося на Ви? Що для вас зручніше?) Більшість тих, хто приходить (крім родичів), переходить на Ти. (Я XV, а ти? (потиск руки), УХ, дуже приємно) У випадку якщо людина зацікавлена у послугі не бажає сказати своє ім'я, то домовимось про кличку (не бажаєш сказати своє ім'я? Нічого страшного, не мусиш... А чи є якась кличка? Не маєш... Все гаразд... просто скажи, як до тебе звертатись.)
- Запитаю, чи колись уже відвідував нашу програму або іншу в подібній установі, чи знає щось про ТП.
- Якщо знає, то інформацією не перенасичую. Лише скажу робочий час і запропоную йому послуги, які може використовувати в ТП. Протягом розмови з'ясую, скільки насправді він знає, а яку інформацію потрібно доповнити. Якщо нічого не знає, то презентую службу соціально-профілактичної роботи (для кого вона призначена, акцентуючи увагу на принципах).

- Анонімність, безпека і безкоштовність (ти тут анонімно, якщо сам не підпишеш згоду, інформацію про тебе не будуть далі поширювати, послуги надаються безкоштовно). Інформую про робочий час і місця, по яких пересуваємося (якщо ти тут не буваєш, то можеш подзвонити і ми домовимось про зустріч). Потім поговоримо про досяжність служби, яку бажає використовувати, включно умови її використання (згідно посібника окремих послуг), огляд усіх послуг, які пропонує служба. Для початку досить їх лише перерахувати, не потрібно відразу ж наводити всі деталі. Якщо ОЗУП не в стані всю цю інформацію прийняти, то передам її іншим разом.

- Якщо ОЗУП почувається безпечно, то запропоную їй заповнити вступну анкету (при цьому, звичайно, поясню, що це анонімно, безпечно і те, як ведеться документація). Якщо не хоче - не примушую. Спробую їй це запропонувати іншим разом (2-5 зустріч). Передам інформаційні листівки (права, правила служби соціально-профілактичної роботи, зобов'язання, цільова група...)

- Спробую домовитись про наступну зустріч (...якщо тобі буде щось потрібно, звичайно, дай знати або приходь. Можеш ще заглянути/ ми тут тоді-то і тоді-то, або подзвони, ми на зв'язку тоді і тоді/... Наступного разу зможеш на це подивитись, якщо забажаєш і т.д.)

Протягом всього контакту говоримо ясно, розбірливо і вголос, щоб впевнитись, що ОЗУП все зрозуміла. Спостерігаю за поведінкою і реакцією ОЗУП, відносно чого, пристосовую об'єми інформації, котрі хочу передати і отримати.

Поважаю будь-яке рішення особи, що зацікавлена в службах (навіть, якщо вони мені здаються нерозумними). Ні до чого не примушую, лише пропоную.

Етичні принципи соціальної роботи:

I. Етичні принципи в загальному:

а) Соціальна робота закладається на принципах демократії і людських прав.

б) Соціальний працівник поважає значення і винятковість кожної людини, без огляду на її походження, етнічну належність, рідну мову, вік, стан здоров'я, сексуальну орієнтацію, економічну ситуацію, віросповідання, політичні переконання і без огляду на те, яку бере участь у житті суспільства,

в) Необхідною умовою етичного підходу являється добра воля допомагати на основі знань, вміння і досвіду, як окремим особам, так і групам чи громадам, в їхньому розвитку і при вирішенні конфліктів з суспільством,

г) Професійна відповідальність (в рамках робочо-правових відносин) є більшим пріоритетом, ніж особисті інтереси.

II. Принципи роботи з клієнтом

а) Працівник поважає клієнта, як рівноцінного партнера зі всіма його громадськими правами і обов'язками, включно відповідальності за його життя.

б) Працівник поводитьься так, щоб оберігати гідність і людські права клієнтів, і допомагає всім з однаковим зусиллям, без розділу і дискримінації.

в) Працівник підтримує активне залучення клієнта до пошуку рішення його проблем і самостійність в перебігу реалізації спільно призначеної мети. Працівник

не нав'язує свій погляд і рішення. Подає факти та інформації на кваліфікованому рівні.

г) Працівник збирає лише ту інформацію, яка необхідна для надання послуг. Оберегає право клієнта на особисте життя і конфіденційність його повідомлення. Зобов'язаний зберігати мовчання щодо даних клієнта.

д) Жодна інформація про клієнта не надається без його на те згоди, крім випадків, про які говорить законодавство України.

III. Етичні принципи відносин з колегами і іншими спеціалістами

а) Працівник усвідомлює і поважає індивідуальні знання і досвід своїх колег і інших спеціалізованих працівників. Розшукує і розширяє співпрацю з ними, і тим самим покращує якість пропонованих послуг.

б) Працівник поважає розбіжності у поглядах колег і інших спеціалістів. Свої зауваження їм висловлює професійним способом, в належний час і в підходящому місці, без присутності клієнтів.

в) Зі згоди і в інтересах клієнта працівник співпрацює з тими спеціалістами, які заангажовані у вирішенні замовлення клієнта.

IV. Етичні принципи відносин з роботодавцем

а) Працівник виконує відповідально і активно обов'язки, що впливають із зобов'язань перед роботодавцем.

б) Працівник старається впливати на робочі процеси, щоб забезпечити найвищий рівень пропонованих послуг.

в) Працівник піклується про спеціалізований і професійний рівень надавання послуг і з цією метою постійно підвищує свій фаховий рівень.

г) Працівник поважає послання, цінності, правила і органи організації і завжди поводить так, щоб зберегти і підтримати добре ім'я і розвиток організації.

Етичні проблеми і дилеми

Соціальна робота з окремими людьми, родинами і групами створює для соціального працівника ситуації, котрі мусить не лише етично оцінити, вибрати з можливостей, але і етично вирішувати. Соціальний працівник повинен етично зважувати при соціальному розслідуванні, зборі інформації і при своїй професійній діяльності. Він вирішує, які методи соціальної роботи будуть використані, про адміністративні процеси з урахуванням цілей, ефективності та наслідків для життя клієнта.

А) Основні етичні проблеми

- Коли вступити чи втрутитися в життя клієнта і його родини, групи чи населеного пункту, наприклад для превенції чи соціальної терапії суспільно небажаних явищ і ситуацій.

- Котрим соціальним випадкам надати перевагу і присвятити час для довготривалого впливу.

- Скільки часу і опіки надати, щоб це стимулювало клієнта до зміни позицій і до відповідальної поведінки, та не вело до їх зловживання.

- Коли припинити соціальну терапію і надати послуги соціальної допомоги.

Б) Інші проблемні аспекти

Ситуації, в яких лояльність соціального працівника може пересікатися з інтересами клієнта:

- конфлікт інтересів самого працівника і інтересів клієнта;
- конфлікт клієнтів і інших громадян;
- конфлікт між установою чи організацією і групою клієнтів;
- конфлікт інтересів клієнтів і решти суспільства;
- конфлікт між керівником та його підлеглим (соціальним працівником).

В) Допомога чи контроль

Може статися, що до обов'язків соціального працівника входить допомога клієнтам та одночасний їх контроль. Відносини між цими протилежними аспектами соціальної роботи вимагають, щоб працівник вияснив етичні наслідки контрольованої ролі і розцінив, до якої міри ця роль для нього прийнятна з погляду основних цінностей соціальної роботи.



Етичні дилеми виникають тоді, коли соціальний працівник стоїть перед вибором двох чи більше однаково невідповідних можливостей, котрі створюють конфлікт моральних принципів (наприклад конфлікт між правом клієнта на самореалізацію і обов'язком працівника піклуватися про здоров'я клієнта). При цьому не ясно, котре рішення буде кращим. При рішенні етичної дилеми, перш за все потрібно цю дилему ідентифікувати. Наступний крок - це визначити всіх, кого якимось чином може стосуватися рішення даної дилеми. Після цього настає ретельне усвідомлення всіх можливих способів поведінки, включно позитивних і негативних наслідків для тих, кого це стосується, і суспільства, як одного цілого. Потрібно взяти до уваги всі "за" і "проти" у кожному способі поведінки. Корисною може бути і консультація з іншими (тобто колегами, спеціалістами). На основі цього процесу зазвичай можна дилему вирішити. В кожному випадку рекомендовано цілий процес задокументувати.

Правила безпеки на роботі

Соціальний працівник на роботі повинен:

- Дбати про власну безпеку, своє здоров'я і безпеку та здоров'я людей, яких безпосередньо його поведінка стосується.
- Брати участь у інструктажах і підготовках задля безпеки і охорони здоров'я на роботі.
- Дотримуватися діапазону роботи, що вказаний у "Змісті роботи".

- При огляді клієнта принципово користуватись одноразовими рукавицями і лише стерильним медичним матеріалом.
- Зберігати мовчання про всі дані, що стосуються клієнта.
- Дотримуватися правил безпеки в команді.

не повинен:

- Вживати алкогольні напої чи інші наркотичні речовини на робочому місці і в робочий час.
 - З'являтися на роботі під впливом алкогольних і інших психотропних речовин, приносити на роботу алкогольні напої або інші психотропні речовини (крім табачних виробів).
 - Нав'язувати будь-який сексуальний контакт з клієнтом, приймати від клієнтів гроші чи купувати будь-які речі.
 - Надати клієнтові свій домашній номер телефону чи адресу.
 - Зустрічатися з клієнтами за межами робочого місця і в неробочий час.
- Недотримання або ж інші розбіжності вирішуються з ведучим команди. Підтверджую, що я ознайомила з правилами безпеки на роботі та принципами організації (...) і зобов'язуюсь їх дотримувати.

Запобігання ризиковим ситуаціям

Найкраща зброя - це розум! Запобігання моменту несподіванки на практиці, слідкувати за ситуацією, тим що відбувається навколо, заделегіть мати підготовлений план вирішення можливої кризової ситуації і не дозволити, щоб на поведінку вплинули страх чи інші емоції. Передбачати - особливо там, де можливий ризик загрози.



Основним завданням при самообороні є протягнути час, оцінити ситуацію і противника.

ВТЕЧА - ЦЕ ЗАВЖДИ КРАЩЕ РІШЕННЯ, НІЖ ФІЗИЧНА КОНФРОНТАЦІЯ.

Ситуація із підвищеним рівнем загрози для соціального працівника

- Відвідування житла клієнта.
- Зустріч з клієнтом, його ж поведінку вважаємо ризиковою.
- Зустріч з клієнтом, з яким був конфлікт в неробочий час.

1.7. Перенаправлення та переадресація клієнтів ЦСССДМ до державних та громадських організацій

Дана послуга надається психологом, соціальним або медичним працівником, або волонтером і включає в себе перенаправлення клієнта до відповідного спеціаліста в межах послуг, що надаються суб'єктом надання послуг. У тих

випадках, коли послуга за запитом клієнта не може бути надана суб'єктом надання послуги, здійснюється переадресація до державних та недержавних організацій і спеціалістів з метою вирішення нагальної проблеми клієнта. Переадресація відрізняється від простого надання інформації про наявність послуги в іншій установі. Надання інформації, зокрема по телефону, про інші партнерські установи та організації, де клієнт, що звернувся до надавача послуг, може отримати послугу, без супроводу цього процесу є інформаційною послугою. Якісна переадресація включає в себе контакт з цією установою, домовленість про прийом даного клієнта, транспортування або супроводження клієнта до установи (при необхідності), а також перевірку факту та результату надання послуги.

Переадресація здійснюється лише за умови згоди клієнта та у разі нагальної потреби в домовленості про прийом чи супроводі клієнта до відповідного закладу. Клієнт має усвідомлювати можливість повідомлення сторони, куди відбувається направлення, про його статус та бути до цього готовим. В усіх випадках, коли клієнта потрібно кудись направити, але контактувати з установою не можна, наприклад, через розголос статусу, клієнту надається інформаційна послуга – повідомляється, де він може отримати необхідну йому послугу.

Переадресація клієнта може здійснюватись в стаціонарних (за місцем знаходження суб'єкта-надавача послуг), мобільних або польових умовах.

Перелік закладів та організацій, які рекомендовано залучати до процесу переадресації.

Переадресація здійснюється закладами, установами та організаціями незалежно від форми власності. Переадресацію клієнта в процесі діяльності відповідно до даного стандарту можуть здійснювати:

Міністерство праці та соціальної політики:

- Державна служба зайнятості;
- Мережа: обласні, районні, міські, районні у містах управління праці та соціального захисту населення;
- Територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян;
- Відділення соціальної допомоги вдома;
- Центри соціально-трудової соціальної та професійної реабілітації інвалідів;
- Установи та заклади соціального захисту та соціального обслуговування бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі.

Міністерство сім'ї, молоді та спорту:

- Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді;
- Республіканський (АР Крим), обласні, районні, міські, районні у містах, селищні й сільські соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді (раніше - центри соціальних служб для молоді).

Міністерство охорони здоров'я:

- Заклади охорони здоров'я (лікарняні, амбулаторно-поліклінічні заклади, станції швидкої допомоги, санаторно-курортні, аптечні, санітарно-профілактичні заклади);
- Будинки дитини (для дітей до трьох років);

- Лікувально-профілактичні заклади (Центри профілактики та боротьби зі СНІДом, протитуберкульозні, наркологічні, психоневрологічні та шкірно-венерологічні диспансери).

Громадські та благодійні організації.

Клієнт, що потребує послуги, яка не може бути надана суб'єктом надання послуг (не залежно від статусу та форми власності), до якого він звернувся, але надається установою/закладом/організацією, з якою у цього суб'єкта підписано угоду про переадресацію, отримує талон переадресації. В цьому талоні вказано назву установи/закладу/організації, що направляє клієнта, та установу/заклад/організацію (незалежно від статусу та форми власності), де клієнту пропонується отримати дану послугу, дату направлення, спеціаліста, назву послуги (Див. Додаток).

Спеціаліст відповідної установи/закладу/організації (незалежно від статусу та форми власності) відмічає в талоні дату, суть послуги (з дотриманням конфіденційності), ставить підпис та печатку (за умови її наявності), основна частина талону залишається та зберігається у спеціаліста, а відривну частину він віддає клієнту або соціальному працівнику (у випадку особистого супроводу). У відповідності до потреби, але не рідше 1 разу на місяць, соціальний працівник відвідує установи/заклади/організації, куди здійснювалась переадресація, спеціаліст, в якого зберігаються талони переадресації, передає соціальному працівнику основні частини талонів з відміткою відповідної організації. Посада спеціаліста-контактної особи з питань переадресації вказується в угоді про співробітництво, укладеній між суб'єктами надання послуг (Див. Додаток 3). Сторони, зазначені в угоді про переадресацію, зобов'язані надавати один одному інформацію щодо змісту та порядку надання ними послуг. Угода про переадресацію може виступати як окремим документом, так і бути включена до більш широкої за змістом угоди про співпрацю. Угоди про переадресацію заключаються між установами, закладами та організаціями на добровільних засадах. Установа/заклад/організація самостійно приймає рішення, з якими з вище наведених суб'єктів надання послуг є необхідність підписати таку угоду.

У випадку, коли клієнта до необхідної установи/закладу/організації супроводжує соціальний працівник, не даючи талончик та без попереднього дзвінка, наприклад, у зв'язку з ризиком розголошення статусу клієнта, надану послугу теж можна вважати переадресацією.

На основі результатів попереднього консультування та оцінювання соціальним працівником установи чи організації, що надає соціальні послуги, стану клієнта приймається рішення щодо необхідності особистого супроводу клієнта соціальним працівником до місця переадресації. Також особистий супровід клієнта може здійснюватись відповідно до запиту медичної установи (за умови, що в даній медичній установі відсутня посада соціального працівника) з метою встановлення діагнозу або в процесі формування прихильності до виконання режиму лікування.

Очікуваний результат дотримання показника стандарту – зафіксований контакт клієнта зі спеціалістом за місцем переадресації.

Критерії та індикатори, за якими оцінюється дотримання стандарту:

- загальна кількість клієнтів;

- співвідношення кількості клієнтів, що отримали послуги за місцем перенаправлення (переадресації) до загальної кількості перенаправлених клієнтів;
- кількість повторних звернень клієнтів.
Можливі прямі витрати на оплату цієї послуги включають:
- оплата праці соціальних робітників, безпосередньо задіяних у наданні послуги, згідно штатного розкладу організації-суб'єкта надавача послуги, згідно графіку роботи цих працівників, враховуючи фактично відпрацьований час (витрати на оплату праці обраховуються на підставі чинних розмірів посадових окладів та інших умов оплати праці, передбачених чинним законодавством);
- нарахування на соціальне страхування та до цільових фондів; транспортні витрати або компенсація проїзду.

Додаток 1

ТИПОВА ФОРМА

Угода

про взаємодію щодо організації переадресації між лікувально-профілактичними закладами Міністерства охорони здоров'я України та закладами/організаціями, що надають соціальні послуги

Дана Угода укладена між (обрати з поданого нижче переліку необхідні заклади, організації, установи, за потреби – додати необхідний заклад/установу/організацію):

- центром профілактики та боротьби зі СНІДом в особі _____ (ПІБ, посада),
 - протитуберкульозним закладом в особі _____ (ПІБ, посада),
 - наркологічним диспансером в особі _____ (ПІБ, посада),
 - соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді _____ (ПІБ, посада),
 - громадською/благодійною організацією _____ (ПІБ, посада).
- що діють на підставі чинних нормативних та статутних документів.

1. ПРЕДМЕТ УГОДИ:

Сприяння в отриманні особами, що потребують соціальних та медичних послуг в контексті протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, повного комплексу медичної та соціальної допомоги відповідно до їх потреб та згідно із стандартами.

2. ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН- надавачів медичних послуг щодо переадресації клієнтів

- 2.1. Надавати Сторонам Угоди інформацію щодо змісту та порядку надання ними послуг.
- 2.2. Здійснювати цільову переадресацію до інших медичних закладів, направляючи пацієнта на діагностику та лікування у відповідності до медичних показань.

- 2.3. Надавати пацієнтам інформацію про можливість отримання соціальних послуг, а за можливості – здійснювати цільову переадресацію (у разі, якщо інформацію про порядок та умови надання соціальних послуг було надано медичному закладу Стороною-надавачем соціальних послуг). У випадку наявності в штаті медичного закладу соціального працівника до обов'язків також входить: встановлювати контакт зі Стороною-місцем переадресації, домовлятися про прийом даного клієнта, транспортувати або супроводжувати клієнта до установи (за необхідності), а також встановлювати факт та результат надання послуги.
- 2.4. Надавати медичні послуги клієнтам, які направлені до медичного закладу іншими Сторонами Угоди.
- 2.5. Забезпечувати видачу направлень з переадресації особам, щодо яких здійснюється переадресація, а також заповнення, збір та збереження у себе відривних талонів, отриманих від клієнтів, що потрапили до медичного закладу в ході переадресації, та подальшу передачу цих талонів уповноваженій особі Сторони, що здійснювала переадресацію.

3. ПРАВА СТОРІН-надавачів медичних послуг:

- 3.1. Отримувати у інших Сторін Угоди інформацію щодо змісту та порядку надання ними послуг.
- 3.2. Приймати рішення, ґрунтуючись на потребах клієнта та чинних стандартах, щодо необхідності здійснення переадресації клієнта до іншої Сторони Угоди.
- 3.3. Отримувати, у випадку відсутності в штаті медичного закладу соціального працівника, відповідно до запиту, допомогу з боку Сторони-надавача соціальних послуг у забезпеченні супроводу клієнта з метою встановлення діагнозу або в процесі формування прихильності до виконання режиму лікування, зокрема, у разі, якщо при первинній переадресації клієнти не дійшли до місця направлення.

4. ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН- надавачів соціальних послуг

- 4.1. Надавати Сторонам Угоди інформацію щодо змісту та порядку надання ними послуг.
- 4.2. Здійснювати цільову переадресацію до Сторін - надавачів медичних послуг та інших Сторін - надавачів соціальних послуг, а саме: встановлювати контакт зі Стороною-місцем переадресації, домовлятися про прийом даного клієнта, транспортувати або супроводжувати клієнта до установи (за необхідності), а також перевіряти факт та результат надання послуги.
- 4.3. Надавати соціальні послуги клієнтам, які направлені іншими Сторонами Угоди.
- 4.4. Забезпечувати видачу направлень з переадресації особам, щодо яких здійснюється переадресація, а також заповнення, збір та збереження у себе відривних талонів, отриманих від клієнтів, що потрапили до Сторони - надавача соціальної послуги в ході переадресації, та подальшу передачу цих талонів уповноваженій особі Сторони, що здійснювала переадресацію.

- 4.5. У відповідності до потреби, але не рідше 1 разу на місяць, уповноважена особа організації/установи має відвідувати Сторони Угоди, куди здійснювалася переадресація.
- 4.6. Надавати, у випадку відсутності в штаті медичного закладу соціального працівника, відповідно до запиту медичного закладу, допомогу у забезпеченні супроводу клієнта з метою встановлення діагнозу або в процесі формування прихильності до виконання режиму лікування, зокрема, у разі, якщо при первинній переадресації клієнти не дійшли до місця направлення.

5. ПРАВА СТОРІН-надавачів соціальних послуг:

- 5.1. Отримувати у інших Сторін Угоди інформацію щодо змісту та порядку надання ними послуг.
- 5.2. Приймати рішення, ґрунтуючись на потребах клієнта та чинних стандартах, щодо необхідності здійснення переадресації клієнта до іншої Сторони Угоди.
- 5.3. Приймати рішення на основі результатів попереднього консультування та оцінювання стану клієнта чи на основі отримання відповідного запиту від медичного закладу щодо необхідності особистого супроводу клієнта соціальним робітником до місця переадресації.

Угоду укладено у ... примірниках.

Реквізити сторін

1. Назва організації _____
 Керівник організації _____
 Контактні телефони _____
2. Назва організації _____
 Керівник організації _____
 Контактні телефони _____

Додаток 2

ТАЛОН ПЕРЕАДРЕСАЦІЇ (Зразок)

<p>Хто направляє: Назва організації/закладу: _____ Адреса: _____ Телефон: _____</p> <p>Спеціаліст, що здійснив переадресацію: посада _____ прізвище _____</p> <p>Отримувач послуги: Код _____</p>	<p>Куди направляють: Назва організації/закладу: _____ Адреса: _____ Телефон: _____</p> <p>Спеціаліст, до якого направляють: посада _____ прізвище _____ Зміст послуги: _____</p>
--	--

Лінія відриву

Назва організації/закладу, _____
 що надав послугу _____
 Послугу надав: _____

посада

прізвище

Зміст послуги: _____

Отримувач послуги: _____

Дата _____ Підпис: _____ код _____ Печатка (якщо є) _____

1.8. ТРЕНІНГ, ЯК ФОРМА НАВЧАННЯ

Психологічний термін „тренінг” походить від англ. **”to train”** – навчати, тренувати. Тобто, в нашому випадку терміни семінар і тренінг рівнозначні.

В широкому розумінні тренінг це:

- ✚ Пізнання себе і навколишнього середовища
- ✚ Зміна „Я” через спілкування
- ✚ Спілкування в довірливій атмосфері і неформальній обстановці
- ✚ Ефективна форма роботи для засвоєння знань
- ✚ Інструмент для засвоєння вмінь та навиків

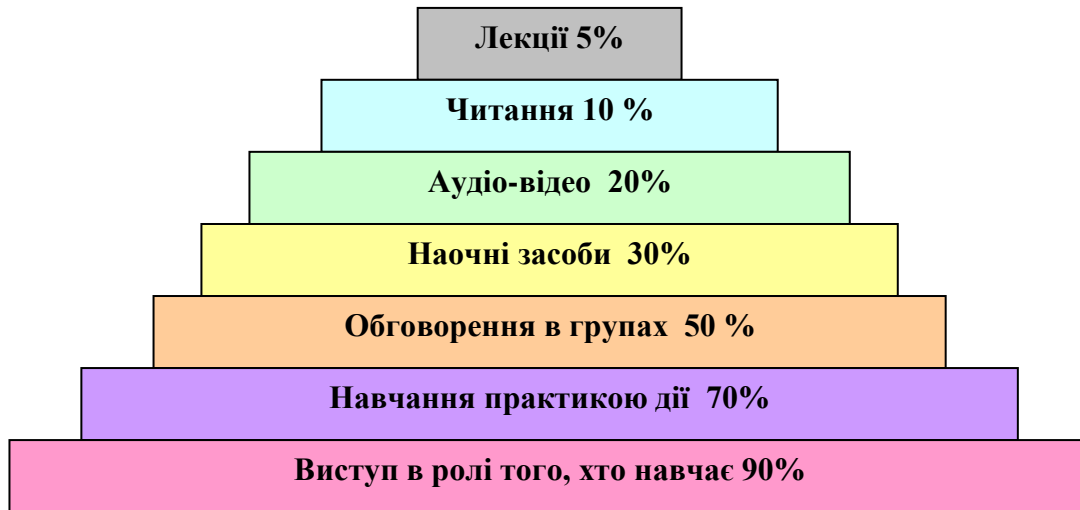
Людина засвоює інформацію швидше, якщо навчання проходить інтерактивно – коли вона має можливість одночасно з отриманням інформації обговорювати неясні моменти, задавати питання, тут же закріплювати отримані знання, формувати навички поведінки. Такий метод навчання стає легшим та цікавішим.

Хороший ведучий:

- Володіє необхідною, цікавою та достовірною інформацією;
- Знає основи вікової психології та фізіології;
- Вміє працювати з аудиторією та знає, як її зацікавити;

Які методи роботи з групою найбільш ефективні?

Наша мета – мотивувати підлітка змінити поведінку на менш ризиковану.



Лекція (5% засвоєння)- найбільш швидкий метод надання необхідної інформації, але він ставить слухача в пасивну позицію, що приводить до засипання, позіхання тощо.

Читання (10% засвоєння) – добре забуте багатьма молодими людьми заняття.

Аудіо-візуальні засоби (20% засвоєння) – хороший спосіб для емоційного переживання інформації.

Використання наочних засобів (30% засвоєння) – допомога засвоїти інформацію різними каналами сприйняття: зором, слухом, дотиком тощо.

Обговорення в групах (50% засвоєння) – заставляє учасників думати.

Навчання практикою дії (70% засвоєння) – це рольові ігри, практичні заняття, самостійні дослідження.

Виступ в ролі ведучого (90%) – хочеш вивчити сам – поясни іншому.

Що необхідно знати ведучому, що працює в області профілактики ВІЛ/СНІД:

1. Епідеміологічна ситуація в світі, країні, області (дані статистики, актуальність проблеми);
2. Історія епідемії ВІЛ/СНІД: відкриття вірусу;
3. Що таке ВІЛ-інфекція? Що таке СНІД? Різниця між ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД; Опортуністичні інфекції;
4. Механізм дії вірусу на організм людини;
5. Шляхи передачі ВІЛ та профілактика;
6. Програми „зниження шкоди”;
7. Тестування на ВІЛ, період „вікна”, де можна зробити тест на ВІЛ у нашому місті?
8. Методи лікування ВІЛ-інфекції;
9. Проблема дискримінації в контексті ВІЛ/СНІДу;
10. Роль профілактичної роботи серед молоді в поширенні ВІЛ/СНІД.

Задачі профілактичної роботи:

- ❖ Підвищення рівня інформованості людей про проблему;
- ❖ Зміна відношення людей до проблеми;

- ❖ Вироблення і розвиток навиків збереження здоров'я;
- ❖ Формування мотивації до збереження здоров'я.

Які є методи роботи з групою?

Дискусія, яка може набути гострого характеру, але вона змусить замислитися людину. У підлітків дискусія проходить більш яскраво, але і змінам вони піддаються легше.

Дискусія – королева тренінгу

Розумовий штурм (генератор ідей) – хороший спосіб швидкого включення всіх членів групи в роботу на основі вільного вираження своїх думок.

Основні правила проведення „розумового штурму”:

- Задати питання/завдання;
- Фіксувати/записувати всі пропозиції/відповіді;
- Пропозиції та думки, що будуть виказані, не критикувати і не оцінювати.

Методика проведення:

Ведучий розбиває групу на підгрупи по 3-6 учнів і пропонує обговорити їм проблему чи ситуацію. Завдання для учасників, зазвичай, починається зі слів „Чому?, Навіщо?, Як вирішити?, Що можна зробити?”, тобто від учнів треба отримати рішення чи відповідь на питання.

Рольові ігри. В них учасникам надається можливість :

- Показати існуючі стереотипи реагування в тих чи інших ситуаціях;
- Розробити і використати нові стратегії поведінки;
- Відпрацювати, пережити свої внутрішні проблеми та побоювання.

Рольова гра - це хороша наробка варіантів поведінки в тих ситуаціях, в яких можуть опинитися учасники семінару. Наприклад, непогано програти ситуацію, коли компанія друзів вмовляє підлітка спробувати наркотик або хлопець дівчину вмовляє вступити в статевий контакт. Гра дозволяє набути навиків прийняття відповідальних та безпечних рішень у житті. В рольовій грі учасник виконує чийсь роль, а не свою, що дозволяє йому експериментувати і не боятися, що його поведінка буде неправильною.

Після закінчення гри всі обмінюються враженнями і думками з цього приводу, обговорюють найбільш оптимальні вирішення проблеми.

Коллективні, групові завдання

Цей вид навчання являє собою пошук виходу із ситуації. Ситуація – це описання події, факту, історії. Зазвичай, в описаній ситуації міститься конфлікт.

Приклади складаються таким чином, щоб група отримала інформацію, а потім спробувала розібратися, дати оцінку тому чи іншому персонажу, продумати і запропонувати альтернативи його діям.

Ігри, що вимагають індивідуального рішення

Дається завдання, учасники думають, озвучують своє рішення, після чого всією групою обговорюється правильність думки, інші пропонують свої рішення.

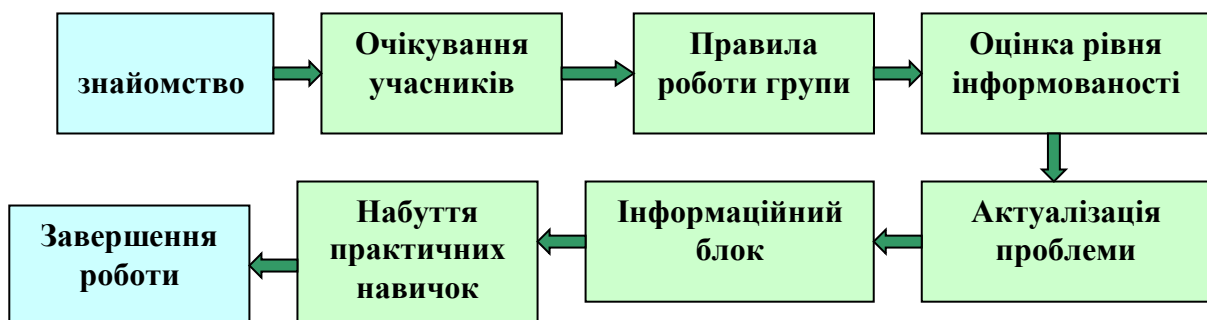
На початку семінару-тренінгу бажано прийняти правила роботи:

1. Право того, хто говорить – можливість бути вислуханим;
 2. Правило піднятої руки;
 3. Конфіденційність – захист учасника і ведучого від пересудів;
 4. „Не давати оцінок” – приймати людей такими, як вони є;
 5. Право ведучого – перервати вправу чи гру, якщо це заважає всій групі.
- Учасники самі можуть пропонувати правила.

Практично всі семінари або тренінги складаються з однакових етапів. Але об’ємне співвідношення цих етапів у кожному окремому семінарі може бути різним. Це залежить від:

- Цілей семінару (якщо це тільки інформаційний семінар, етап формування практичних навичок може бути значно скорочений);
- Цільової групи (чим молодша, тим більше ігор-розминок, ігор на згуртування, і тим менший інформаційний блок);
- Тривалості семінару;
- Рівня підготовленості групи (якщо група добре інформована, більшу кількість часу можна присвятити обговоренню проблем і подій).

Структура тренінгу



Що треба знати про СНІД, щоб проводити профілактичну роботу.

- **Що таке імунна система людини і як вона працює?**

Імунна система людини – це основна система захисту, яка відповідає за три важливі процеси в організмі людини:

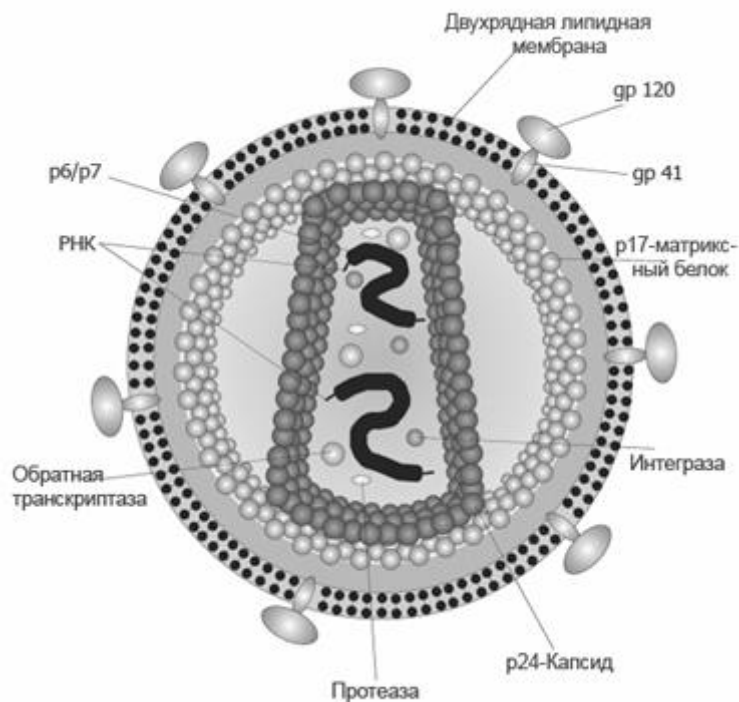
- ✓ Заміна старих клітин різних органів ;
- ✓ Захист організму від проникнення різного роду інфекцій – вірусів, бактерій, грибків.
- ✓ „Ремонт” частин тіла, пошкоджених інфекціями та іншими негативними чинниками (радіація, отруєння, механічні пошкодження та інші), а саме:

заживлення ран на шкірі і слизових, відновлення пошкоджених клітин печінки та інше.

Головна клітина імунної системи – лімфоцит. Лімфоцити складають близько 1% маси тіла людини. Центральним органом імунної системи є виличкова залоза (тимус), в якій формуються клітини, які відповідають за різні прояви клітинного імунітету – тимус залежні – Т-лімфоцити. Їх ділять на Т-кіллери (вбивці) (руйнують чужерідні клітини) і Т-хелпери (помічники), які першими розпізнають чужорідні речовини і допомагають іншим лімфоцитам виконувати захисні функції.

- **Що таке ВІЛ?**

Вірус імунодефіциту людини має дуже просту будову. Він складається з 2 оболонки (зовнішньої і внутрішньої), спіралей РНК і спеціальних ферментів, що беруть участь у процесах реплікації (розмноження) вірусу. Для розмноження ВІЛ необхідна чужа ДНК, в яку він внесе свою інформацію, після чого клітина з ДНК стає своєю „фабрикою” по продукції вірусів. ВІЛ може проникати в будь-які клітини організму людини, але в одних клітинах він може тільки знаходитися, а інші використовує для розмноження. Важливо знати, що для свого розмноження ВІЛ використовує клітини нашої імунної системи -Т-4 хелпери.



- **Що таке СНІД?**

СНІД – синдром набутого імунодефіциту. Це сукупність певних симптомів, що свідчать про те, що імунна система сильно пошкоджена. Саме поняття „СНІД” є штучним медичним терміном, що необхідний для того, щоб виділити тих пацієнтів, чий стан особливо важкий. Якщо у людини розвивається імунодефіцит і виявлені опортуністичні інфекції (інфекції, які при здоровій імунній системі не приносять шкоди організму, але на фоні імунодефіциту викликають серйозні

хвороби; в перекладі з латинської „опортуністичні” означає – ті, що використовують нагоду), то йому ставлять діагноз „СНІД”. СНІД – остання стадія захворювання, яка, зазвичай, триває від декількох місяців до 2-3 років. На цій стадії обмін речовин в організмі порушується, що в сполученні з ураженням різних органів опортуністичними інфекціями приводить до неможливості нормально засвоювати їжу; як наслідок розвивається виснаження.

• Історія виникнення СНІДу:

1981- перші випадки незвичайної імунної недостатності виявлені серед чоловіків-гомосексуалістів США.

1982 – вперше дано визначення синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу).

1983 – встановлено, що причиною СНІДу є вірус імунodefіциту людини. Вперше в Африці підтверджено наявність епідемії захворювання, що виникла через поширення інфекції через гетеросексуальні статеві контакти.

1985 – до цього року у всіх регіонах відмічено, в крайньому випадку, по одному захворюванню на ВІЛ/СНІД. В США Адміністрація по контролю за продуктами харчування і лікарськими препаратами дає дозвіл на проведення першого тестування на антитіла до ВІЛ. Так починають проводити скринінг донорської крові на ВІЛ.

1987 – в Уганді створена перша на африканському континенті організація по боротьбі зі СНІДом. Створені Міжнародна рада організацій з надання допомоги у зв'язку зі СНІДом і Глобальна мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД. У лютому Всесвітня організація охорони здоров'я створює спеціальну програму по СНІДу. В США дано дозвіл на використання першого методу лікування СНІДу – з використанням препарату азидотимидину (АЗТ).

1988 – в Лондоні відбувається нарада міністрів охорони здоров'я з багатьох країн світу, на якій вперше обговорюється проблема епідемії ВІЛ/СНІДу.

1994 – вчені розробили першу схему лікування для зниження ймовірності передачі ВІЛ від матері до дитини.

1995 – у Східній Європі відмічений спалах ВІЛ-інфекції серед чоловіків, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

1996 – створена Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС). Вперше представлені дані, що підтверджують ефективність високоактивної антиретровірусної терапії.

1999 – в Таїланді розпочалися перші випробовування ефективності потенціальної вакцини проти ВІЛ.

2000 – Рада Безпеки ООН вперше обговорює проблему ВІЛ/СНІДу.

2001 – Генеральний Секретар ООН Кофі Аннан закликає до рішучих дій, що включають створення глобального фонду по СНІДу і охороні здоров'я.

Боротьба з поширенням ВІЛ і СНІДу включена в список основних цілей третього тисячоліття.

Три стадії історії ВІЛ/СНІДу на Україні :

Перша стадія (1987-1994) характеризувалася поодинокими випадками реєстрації нових інфікованих. Масове тестування виявило приблизно 400 випадків

інфікованих ВІЛ, при чому 2/3 випадків хвороба поширювалась внаслідок гетеросексуальних стосунків. Співвідношення між чоловіками і жінками, зараженими СНІД становило 1 : 1. Більше половини інфікованих зареєстровано серед іноземців.

Друга стадія (1995-1998) характеризувалась масовим вибухом інфікувань серед СІН , вперше ідентифікованих у 1995 році в Миколаєві та Одесі. Через деякий час ВІЛ – інфіковані СІН були зареєстровані у всіх областях і їх кількість становила 84 % серед усіх зареєстрованих інфікованих. Основною причиною зараження були спільно використані голки та шприци. Відношення між чоловіками та жінками вже становило 4 : 1, а їх вік становив від 15 до 30-ти років.

На третій стадії (1999- 2004) спостерігається підвищення показників, реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції. З'являються ознаки четвертої стадії, основним шляхом передачі якої є статевий.

• Як передається ВІЛ-інфекція і як можна себе захистити?

Уже в 1981р. лікарі запідозрили, що нова на той час хвороба передається при сексуальних контактах і через кров. Першими, у кого виявили СНІД, були сексуально-активні чоловіки гомосексуалісти і хворі на гемофілію (при цій хворобі необхідні часті переливання крові). За більш ніж 15 років вивчення вірусу епідеміологи встановили, що ВІЛ може передаватися тільки через певні рідини організму людини і тільки в певній ситуації. Рідини організму людини, через які може передаватися ВІЛ: кров, сперма і виділення статевих органів, материнське молоко. Вірус може знаходитися і в інших рідинах (сеча, слина, піт), але його концентрація недостатня для зараження.

Існує три основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції:

1. Статевий – зараження відбувається під час статевого контакту. Вірус потрапляє в організм здорової людини через сперму, виділення статевих органів.

Спосіб захисту: використання та культура використання якісних презервативів; відмова від сексуальних контактів з незнайомими людьми.

Найвразливіша група: люди, що ведуть безладне сексуальне життя, гомосексуалісти.

2. Парентеральний (ін'єкційний) – зараження відбувається через нестерилізовані інструменти, голки, шприци, донорські органи та донорську кров.

Спосіб захисту: використання одноразових голок, шприців, стерилізація інструментів, попередня перевірка донорської крові, донорських органів. Не можна робити косметичні проколювання вух, носа, надбрів'я, інших частин тіла самотужки – краще зробити це в медичних установах.

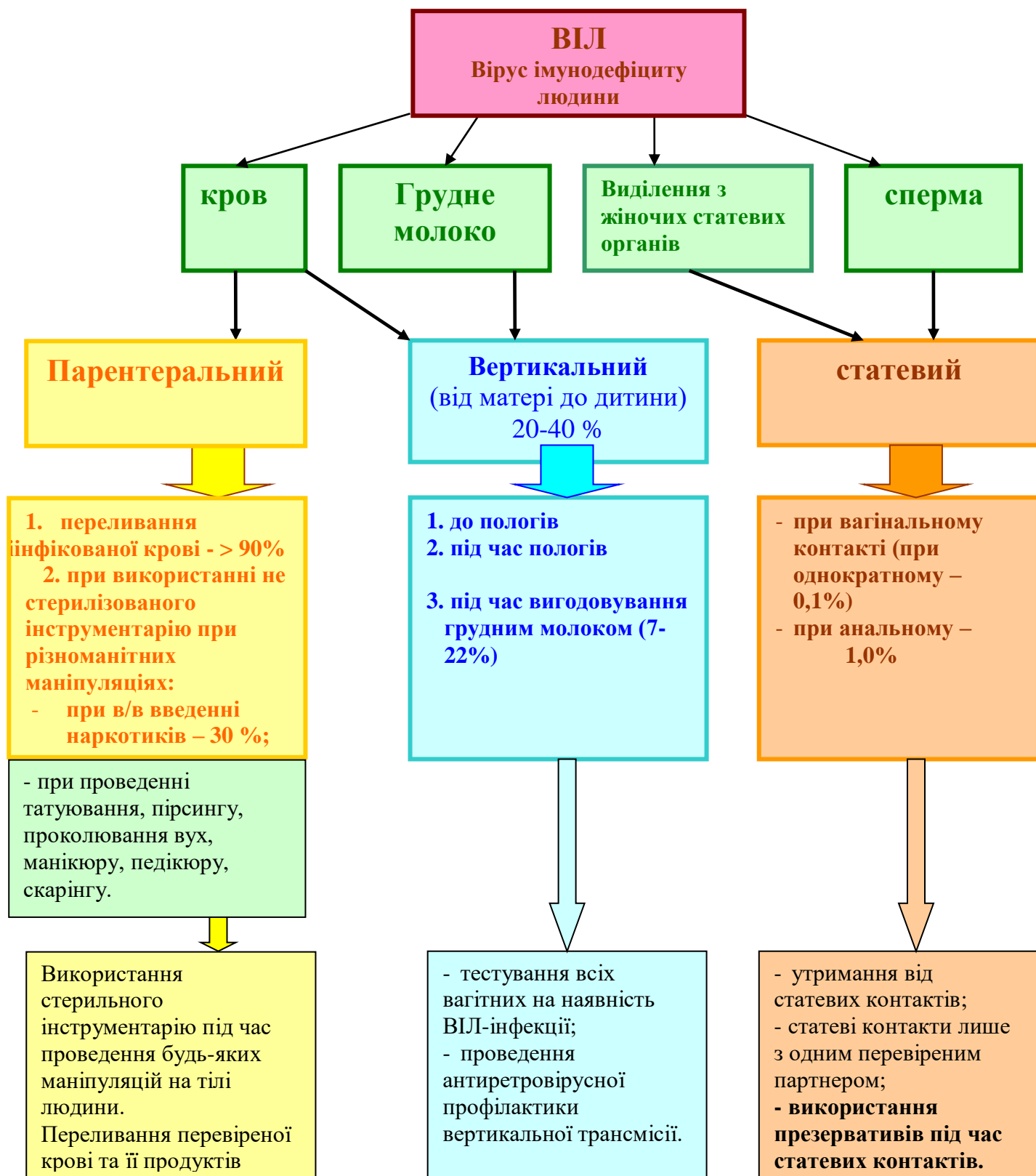
Найвразливіша група: споживачі ін'єкційних наркотиків.

3. Вертикальний – від матері до дитини під час вагітності або під час вигодовування грудним молоком. Вірус може міститися і в донорському молоці.

Спосіб захисту: перевірка вагітних жінок, донорського молока.

ВІЛ не передається через: спільне з ВІЛ-інфікованим користування верхнім одягом, рукостискання, посуд, їжу, домашніх тварин, туалети (унітази), чхання та кашель, контакти в громадському транспорті, обійми, монети та паперові гроші, постільну та натільну білизну, рушники, мило, мочалку, комарів та інших комах, плавання в басейні, дверні ручки та спортивні снаряди, поцілунки.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції/СНІДу



• Як можна перевірити, чи інфікована людина? Що таке період „вікна“?

Існують тести, що визначають наявність антитіл до вірусу. Таке обстеження можна пройти анонімно в спеціалізованих лабораторіях. Оскільки аналіз виявляє не сам вірус, а антитіла до нього, обстеження необхідно провести тоді, коли організм виробляє достатню їх кількість, тобто стільки, щоб тест-система змогла їх виявити. Для утворення антитіл необхідний час – близько 3 місяців (іноді 6 міс).

Цей період, коли вірус в організмі уже є, а антитіла ще не вироблені в достатній кількості і не виявляються тест-системами, називається періодом „вікна”. Отже обстеження необхідно проходити через 6 місяців після „небезпечної” ситуації.

- **Які є способи лікування ВІЛ-інфекції?**

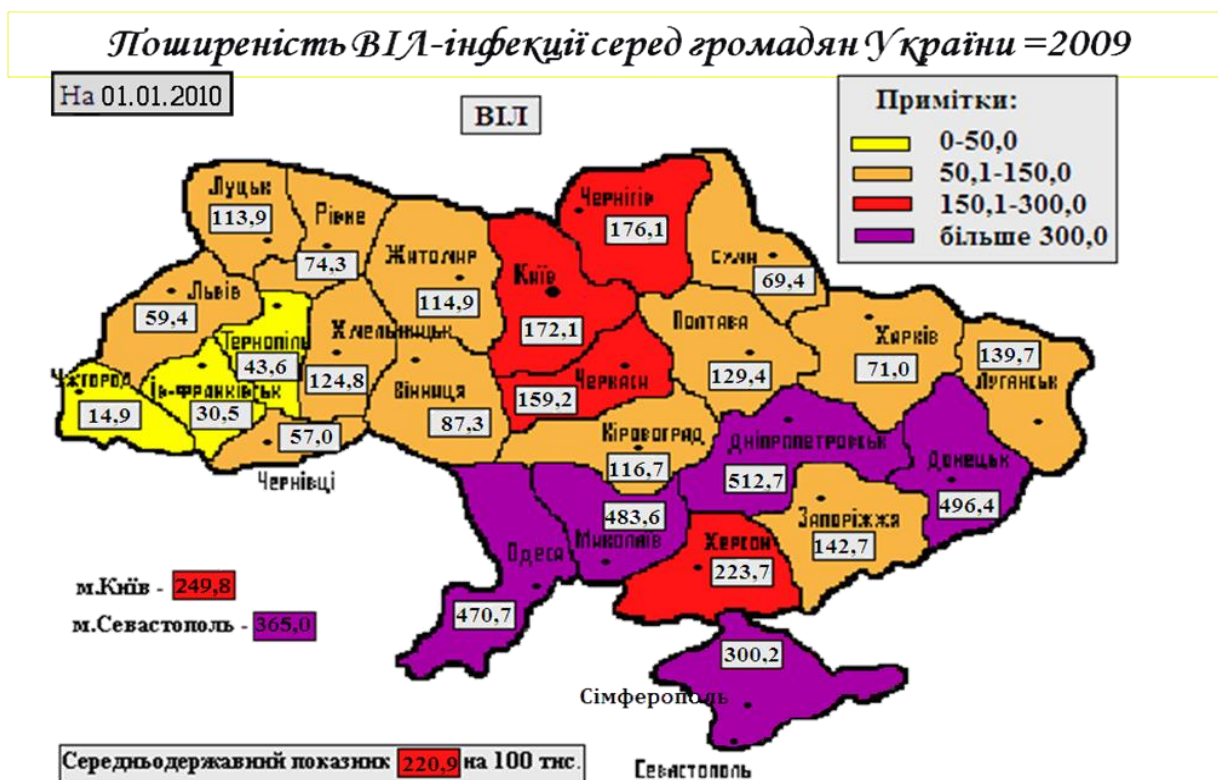
Способи можна поділити на 2 групи:

1. направлені проти ВІЛ;
2. направлені проти інших інфекцій і пошкоджень, що розвиваються на фоні ВІЛ.

Сьогодні антиретровірусна терапія основана на принципі переривання процесу розмноження ВІЛ. Основні проблеми при проведенні цієї терапії – висока токсичність ліків і висока здатність вірусу пристосовуватися до препаратів, тобто не реагувати на нього (так звана резистентність). На жаль, терапія, що використовується сьогодні не ефективна на 100%. По-перше, близько 20% ВІЛ-інфікованих не можуть переносити деякі компоненти, що входять до складу ліків. По-друге, ця терапія дуже дорога. По-третє, режим прийому ліків дуже жорсткий, і не всі можуть чи готові його виконувати (ВІЛ-інфікований повинен приймати від 5 до 20 різних таблеток суворо через кожні 8-12 год. – постійно, місяцями, роками).

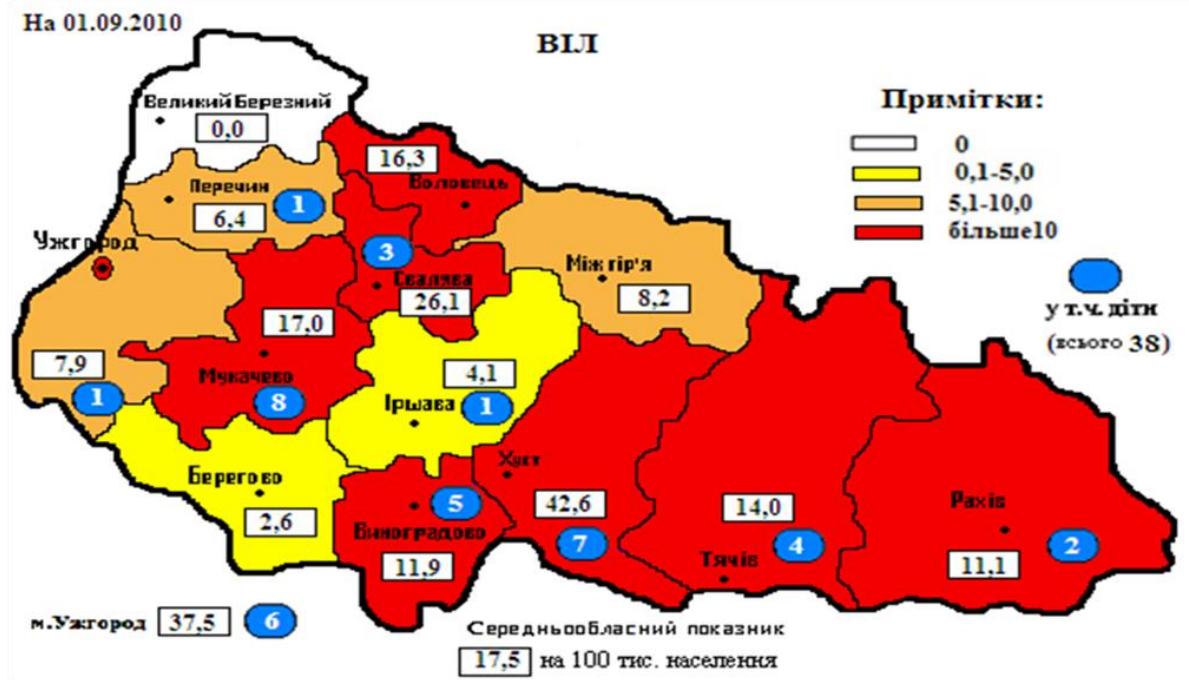
- **Епідемічна ситуація по ВІЛ-інфекції і СНІДу на Україні та в цілому світі.**

Розповсюдження ВІЛ в Україні набуло характеру епідемії, темпи розвитку якої одні з найвищих в світі. При збереженні існуючих темпів розвитку епідемії очікується, що до 2010 року кількість ВІЛ-інфікованих в Україні досягне майже 600 тисяч осіб. До того ж фахівці вважають, що при нинішньому розвитку подій вже через 8 років в Україні від СНІДу щорічно вмиратимуть від 40 до 90 тисяч осіб.



**Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/ СНІД в Закарпатській області
станом на 01.07.2010р.**

*Поширеність ВІЛ-інфекції серед громадян України по
Закарпатській області
станом на 01.09.2010 року*



Станом на 01.07.2010 року з моменту реєстрації першого випадку інфікування ВІЛ в Закарпатській області зареєстровано з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції 337 випадки, в т.ч. 76 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками та 78 особам в області встановлено діагноз СНІД.

За період епіднагляду (за станом на 01.07.10) 48 осіб (61,5 % від всіх пацієнтів, кому встановлено діагноз «СНІД») знято з обліку у зв'язку зі смертю від СНІДу.

Із всіх зареєстрованих 72 (21.3 %) – споживачі ін'єкційних наркотиків.

За I півріччя 2010 року в Закарпатській області зареєстровано 18 нових випадків інфікування ВІЛ, в тому числі 4 дитини віком до 18 місяців, народжені ВІЛ-інфікованими жінками.

За I півріччя 2010 року діагноз СНІД було встановлено 2 особам (дорослі).

За I півріччя 2010 року серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб структура шляхів інфікування була наступною:

- статевий шлях при гетеросексуальних стосунках – 66,7 % (12);
- статевий шлях при гомосексуальних стосунках – не виявлено;

- парентеральний шлях при ін'єкційному введенні наркотиків – не виявлено;
- діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками – 22,2% (4);
- шлях інфікування уточнюється –11,1% (2).

Знято з диспансерного обліку 3 особи: одна – у зв'язку із смертю від іншого захворювання, одна – у зв'язку із зміною місця проживання, одна – відмова від обліку.

Станом на 01.07.10р. на диспансерному обліку перебувають 204 ВІЛ-інфіковані особи, із них 17 – хворі на СНІД. Дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями – 38, в т.ч. у 32 дітей діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження, іншим – діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, в т.ч. 6-ом встановлено діагноз СНІД.

II. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СОЦІАЛЬНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ТА ВОЛОНТЕРАМИ В ПРОВЕДЕННІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ

2.1. Семінар-тренінг для учнів старших класів ЗОШ

„ОБЕРИ ЗДОРОВ'Я – ОБЕРИ ЖИТТЯ”

Тема: Безпечна поведінка щодо зараження ВІЛ-інфекцією.

Мета: Підвищення рівня інформованості по питанням ВІЛ/СНІД та вироблення усвідомленої безпечної поведінки учнів по відношенню до ВІЛ.

Задачі:

- Вияснити вихідний рівень інформованості підлітків про проблему;
- Дати достовірну інформацію про шляхи передачі ВІЛ, обстеження на ВІЛ, безпечну поведінку, можливості запобігання інфікування;
- Мотивувати до подальшого самостійного пошуку інформації про ВІЛ/СНІД;
- Перевірити рівень засвоєння інформації.

Блок I – Знайомство (10 хв.).

Розташування учасників – сидять у колі.

Варіанти проведення:

1. Кожен учасник представляється особисто: називає своє ім'я та коротко формулює актуальність даного питання особисто для нього.

2. Кожен учасник представляється особисто: називає своє ім'я та відповідає на питання „Як Ви думаєте, чи достатньо Ви інформовані з даного питання?”.

3. Кожен учасник представляється особисто: називає своє ім'я та відповідає на питання „Як Ви думаєте, чи Вас особисто торкається питання ВІЛ-інфекції/СНІДу?”.

Блок II – Розробка правил роботи групи (5 хв.).

Правила мають розробляти і формулювати самі учасники групи. Тренер (вчитель) має тільки „підштовхувати” і направляти хід думок учасників. Пропоновані правила:

- правило піднятої руки (тобто, якщо учасник групи побажає висловити свою думку – потрібно підняти руку);
- „я-висловлювання” (тобто, говорити тільки від свого імені);
- поважати, не осуджувати думку інших учасників групи;
- виключити дзвінок на мобільному телефоні;
- висловлюватися тільки по суті проблеми, дотримуватися регламенту;

Правила записуються тренером (вчителем) на великий аркуш паперу та, коли вони повністю сформульовані і ні в кого з учасників немає заперечень щодо їх

формулювання, вивішуються на дошку чи стіну так, щоб вони весь час були перед очима учасників і тренер при необхідності міг наголосити на необхідності їх дотримання. Необхідно зауважити, що в ході заняття правила можуть корегуватися учасниками за згодою всієї групи.

Блок III – Особисті очікування (5-10 хв.).

Варіанти проведення:

1. Робота в малих групах по 5 чоловік. Тренер ділить учасників на групи, кожній групі видається великий аркуш паперу та ставить перед ними завдання сформулювати свої власні очікування від даного заняття, записати їх на папері та представити іншим учасникам заняття. Після представлення очікувань всіма групами аркуші, так само як і правила, чіпляються на стіну чи дошку.

2. Індивідуальна робота. Кожному учаснику дається невеличкий клейкий папірець, на якому він повинен записати свої власні очікування від даного заняття. На це відводиться 2-3 хвилини, після чого тренер просить учасників підійти до спеціально для цього причепленого ватману на стіні чи дошці та приклеїти листок із своїм очікуванням.

Блок IV – інформування про шляхи передачі ВІЛ.

Для кращого засвоєння учнями проводиться у вигляді гри.

Варіанти проведення:

1. На трьох аркушах (на дошці) пишуться три види ризиків зараження ВІЛ-інфекцією: „Високий”, „Низький”, „Відсутній ризик”. Вони розкладаються в середині кола учасників на деякій відстані одне від одного. Кожному учаснику дається папірець із написаною на ньому ризикованою або не ризикованою ситуацією щодо інфікування ВІЛ-інфекцією: поцілунок в щічку, ін’єкція в лікувальному закладі, статеве життя в шлюбі, переливання крові, використання чужої зубної щітки, плавання в басейні, статевий акт зі споживачем наркотиків, глибокий поцілунок, догляд за хворим СНІДом, нанесення татуювання, обійми з хворим СНІДом, укуси клопа, користування загальним туалетом. Перед учасниками ставиться завдання розкласти ситуації за ступенями ризику. Кожен учасник по черзі підходить до аркушів, що розкладені в центрі кола, і кладе свою ситуацію до того ризику, до якого, як він вважає, відноситься його ситуація і обов’язково обґрунтовує свою точку зору. Якщо у групі виникають сумніви щодо правильності рішення, прийнятого учасником, то дана ситуація виноситься на обговорення групою до прийняття спільного правильного рішення.

Коли всі ситуації розкладені по групах ризику, тренер (вчитель) зачитує всі ситуації в групах для закріплення учнями отриманої інформації.

2. Дошка ділиться на дві частини. На одній частині тренер пише „Ризик інфікування”, на іншій – „Відсутній ризик інфікування”. Учасникам роздається по два папірці з ситуаціями і ставиться завдання розмістити ситуації на дошці під відповідними ризиками на розсуд учнів. Потім тренер зачитує всі ситуації, які є на

дошці і якщо виявлені помилки – виносить на дискусію у групі. Таким чином проходить закріплення отриманої інформації.

Блок V – інформування по профілактиці.

Для кращого засвоєння учнями також проводиться у вигляді гри, яка називається „Між вогнями”.

Тренер (вчитель) стає в центрі кола учасників, тримаючи в руках невеликий м'ячик. Він кидає цей м'яч будь-кому з учасників, при цьому називаючи ситуацію, при якій можливе інфікування ВІЛ. Ловлячи м'яч, учасник має назвати спосіб, яким він може себе захистити від інфікування в даній ситуації. Наприклад: вчитель говорить: „- Роблю ін'єкцію!”, а учень повинен, піймавши м'яч, відповісти: „Чистим одноразовим шприцом!”. Якщо в учня виникли труднощі з відповіддю, дана ситуація виносить на обговорення групою. М'яч кидається до тих пір, поки кожен учасник не буде задіяний у грі.

При груповій дискусії після закінчення гри слід зробити акцент на тому, що кращий спосіб профілактики зараження ВІЛ – це дотримання правил безпечної поведінки.

Друга пропонується вправа називається „Як сказати „НІ!”

Її мета – обговорити провокуючі ситуації. Вчитель розділяє групу на три підгрупи (1-ша – тільки юнаки, 2-га – тільки дівчата, 3-тя - змішана), кожна з яких дістає завдання-ситуацію, в яких суб'єкт потрапляє в обставини сексуальної провокації чи тиску зі сторони інших. Групам пропонується шляхом „мозкового штурму” знайти вихід, що дозволяє з найменшим ризиком вийти з цієї ситуації. Можливі ситуації: „Оксана і Олег зустрічаються 6 місяців. Олег дуже хоче почати статеві стосунки, але Оксана відчуває, що ще не готова до цього. Кожен раз, коли вони зустрічаються, Олег давить на Оксану, яка не хоче втратити Олега. Що їй робити?”; „Я не люблю презервативи і тому їх не використовую, крім того я нічим не хворію, давай займемося сексом”, „хлопець (дівчина) приходять в компанію, де друзі пропонують спробувати наркотики”. Після закінчення роботи в підгрупах проводиться обговорення отриманих наробок в загальній групі.

При груповій дискусії акцент слід робити на тому, що найбільш небезпечним є незахищений проникаючий статевий акт, а найбільш безпечним є утримання від статевих контактів.

При роботі в підгрупах можна роздати учасникам раніше підготовані висловлювання з варіантами відмови і запропонувати дописати свої пропозиції.

Блок VI – підведення підсумків.

Варіанти проведення:

1. Учням пропонується згадати їхні очікування від заняття і, якщо вони здійснені, відклеїти своє очікування від дошки та закреслити в списку, який складала підгрупа. У випадку, коли очікування не здійснене – вчитель виносить його на обговорення.

2. Вчитель проводить мозковий штурм – просить учасників повторити відомі їм шляхи передачі ВІЛ-інфекції, способи профілактики зараження.

„ПРОБЛЕМА ВІЛ СТОСУЄТЬСЯ КОЖНОГО”

БЛОК І

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

Одним з правильних способів протидії епідемії СНІДу є підвищення рівня знань про причини, шляхи передачі, симптоми, лікування, профілактику, життя поруч з тими, хто вже ВІЛ-інфікований або хворий СНІДом.

На сьогоднішній час про ВІЛ/СНІД відомо дуже багато, але ситуація з цим захворюванням змінюється кожного дня. Швидкий темп поширення ВІЛ/СНІДу в Україні призвів до того, що помирають молоді люди репродуктивного віку.

Моя мета - дати Вам необхідні знання про ВІЛ/СНІД, а в якій степені Ви ними скористаєтесь, буде залежати від Вас.

Для початку необхідно чітко усвідомити, що на сьогодні в групу ризику входимо ми всі. Якщо раніше виділяли основні групи ризику (це ті люди, у яких ризик ВІЛ-інфікування високий): споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс бізнесу, гомосексуалісти, то зараз у групу ризику я б внесла і заробітчанин, які тривалий час знаходяться на заробітках, а також медичний персонал, який має контакт з кров'ю, акушер-гінекологи, хірурги і т.д.

Тому на сьогоднішній час треба чітко розуміти, що ВІЛ-інфекція не диференціює, до якого соціального статусу належить людина: в однаковій мірі ризикують заразитися бізнесмени, працівники на будівництві, хірурги (при виконанні оперативного втручання), студенти - так, що не застрахований ніхто.

Першочерговим завданням профілактичної роботи є **ліквідація неграмотності суспільства, просвітницька діяльність по основних питаннях ВІЛ/СНІД.**

Для цього, в першу чергу, потрібно ознайомитися з термінологією. Перш за все треба розмежувати поняття ВІЛ-інфекція та СНІД.

Як розшифровується скорочення ВІЛ та СНІД ?

«ВІЛ»:

«В» - **вірус** (збудник захворювання).

«І» - **імунодефіцит** (відсутність захисної реакції організму, яка повинна забезпечувати захист від мікроорганізмів, що сприяють хворобі)

«Л» - **людини.**

«СНІД»:

«С» - **синдром** (ряд ознак, які вказують на наявність певної хвороби чи стану).

«Н» - **набутого** (такого, який з'являється протягом життя, а не від народження).

«І» - **імуного** (стосується імунної системи, яка забезпечує захист людини від мікроорганізмів, що спричиняють хворобу).

«Д» - **дефіциту** (недостатність чогось, у даному випадку захисної реакції імунної системи людини на наявність вірусів, мікробів).

Треба чітко розуміти, що ВІЛ - це вірус, який розвивається та розмножується в організмі людини і призводить до повної втрати захисних властивостей організму та розвитку СНІДу.

Перші випадки СНІДу були зареєстровані в 1981 році в США. Відоме ім'я того, хто на думку американців заніс ВІЛ в країну - це Гаєтан Дюга - стюарт компанії "Ейр Канада", активний гомосексуаліст. Доказано, що він інфікував 40 із перших 250 жертв СНІДу. Причиною його смерті стала саркома Капоші.

Вперше про СНІД почали говорити в 1981 році, і вже майже 30 років ця аббревіатура не сходить із сторінок газет, журналів всього світу. І Україну ця проблема не обійшла. На Україні офіційно оголошено епідемію ВІЛ-інфекції через те, що показник перевищує 1% інфікованих із загального населення країни.

За статистичними даними Українського Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, у країні зареєстровано 105 тис. 966 ВІЛ- інфікованих, серед них - понад 9054 дітей. 12 753 дорослим та дітям поставлений діагноз СНІД. Від початку реєстрації першого випадку захворювання на ВІЛ в Україні померло від СНІДу 19 389 осіб, в тому числі 276 дітей.

Що стосується Закарпаття, то перші летальні випадки від СНІДу були зареєстровані 1987 року. Епідемічна ситуація ВІЛ/СНІДу в Закарпатській області поставила перед медиками завдання припинити поширення інфекції, адже хворіють і помирають молоді люди віком від 16 до 30 років. 2002 році був створений Закарпатський обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом. В Центрі проводять анонімне консультування людей, анонімний забір крові на ВІЛ, при необхідності людина тут може отримати консультацію лікарів - акушер-гінеколога, дерматовенеролога, інфекціоніста, психотерапевта, педіатра.

Всього, вперше в житті встановленим діагнозом в області зареєстровано 337 ВІЛ-інфікованих осіб, із них 78 хворі на СНІД. Всього дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, - 76 (вертикальний шлях передачі), із них 35 знято з обліку - здорові. За період епіднагляду (за станом на 01.07.10) 48 осіб знято з обліку у зв'язку зі смертю від СНІДу. Із всіх зареєстрованих - 72 споживачі ін'єкційних наркотиків.

Станом на 01.07.10р. на диспансерному обліку перебувають 204 ВІЛ-інфіковані особи, із них 17 - хворі на СНІД. Дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями - 38, в т.ч. 6 дітям встановлено діагноз СНІД.

ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ/СНІДу

Вже було сказано, що СНІД - це синдром набутого імунodefіциту, тобто захворювання викликане вірусом. Віруси є збудниками багатьох хвороб, наприклад, грипу, герпесу, навіть деяких видів раку. ВІЛ, як і інші віруси, дуже малий мікроорганізм, який неможливо побачити за допомогою звичайного мікроскопу. Для своєї життєдіяльності вірус повинен проникнути в живу клітину. У випадку ВІЛ - це імунна клітина людини.

На сьогоднішній день відомі три шляхи передачі ВІЛ від однієї людини до іншої:

- **СТАТЕВИЙ:** при статевому контакті з ВІЛ-інфікованою людиною. Коли сперма чи вагінальні виділення інфікованої людини попадають на слизові

оболонки вагіни, пенісу, ротової порожнини, шлунку або прямої кишки, з яких вірус проникає в кров іншої людини;

- **ПАРЕНТЕРАЛЬНИЙ:** коли цілісність шкіряних покривів порушується гострим предметом (голкою, бритвою або інструментом для нанесення татуювання), який перед цим вживала інфікована людина і кров якої залишилась на ньому. Ризик інфікування ВІЛ найбільший при повторному користуванні шприцом чи голкою для введення ліків або наркотиків після вірусоносія, а також при переливанні крові, що містить ВІЛ;

- **ВЕРТИКАЛЬНИЙ:** ВІЛ також може передаватися плоду від інфікованої матері під час вагітності і після народження дитини через молоко матері.

БЛОК II

ВІЛ/СНІД - міфи та факти

МІФ 1: Проблема ВІЛ і СНІДу мене жодним чином не стосується.

Так схильна помилятися більшість опитаного населення нашої країни. Згідно з даними соціологічних опитувань понад 60% населення вважає, що жодним чином не піддається ризику, пов'язаному з інфікуванням ВІЛ.

ФАКТ: ПРОБЛЕМА ВІЛ СТОСУЄТЬСЯ КОЖНОГО

Ми живемо в суспільстві, невід'ємною реальністю якого стала епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За офіційними даними, в Україні зареєстровано понад 70 000 чоловік, інфікованих вірусом імунодефіциту людини. На думку міжнародних експертів, кількість ВІЛ-позитивних людей у нашій країні значно більша.

Ми не можемо більше ігнорувати проблему ВІЛ/СНІДу і вважати, що вона нас не торкнеться. Кожному корисно знати й обговорювати зі своїми близькими важливу інформацію про ВІЛ-інфекцію та СНІД: що це за захворювання, як воно передається і як НЕ передається, як зробити безпечним життя у світі, де є ВІЛ. Правильна інформація про ВІЛ та СНІД дозволить також позбутися помилкових стереотипів та страхів, що ускладнюють життя всім людям, незалежно від їхнього статусу.

МІФ 2: Інфікуються тільки „групи ризику”.

ФАКТ: Сьогодні в Україні стрімко зростає кількість випадків передачі вірусу статевим шляхом. Якщо ви сексуально активні, то ризикуєте заразитися ВІЛ. Чим більше ви будете знати про ВІЛ/СНІД, тим краще ви будете захищені.

За даними Українського центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, на сьогодні понад 30% випадків зараження ВІЛ в Україні припадає на статевий шлях передачі.

МІФ 3: ВІЛ і СНІД - одне й те ж саме.

ФАКТ: ВІЛ - це вірус імунодефіциту людини, що викликає ВІЛ-інфекцію. Потрапляючи в організм, ВІЛ послаблює імунну систему, що захищає людину від різноманітних інфекцій. ВІЛ уражає певні клітини імунної системи. За рівнем

зниження їхньої кількості судять про розвиток захворювання. Оскільки ВІЛ відноситься до розряду «повільних» вірусів, він буде довго знаходитися в організмі, практично нічим не виявляючи себе. Дізнатися, чи є ВІЛ в організмі, можна лише на основі спеціального аналізу крові (тестування на ВІЛ).

СНІД - синдром набутого імунного дефіциту. В разі ослаблення імунної системи людина стає уразливою для багатьох хвороб, особливо інфекційних (туберкульоз, пневмонія тощо). Такі інфекції називаються опортуністичними: вони «вміють» користуватися сприятливими обставинами, тому що виникають, коли імунна система людини ослаблена і втрачає спроможність протистояти збудникам захворювань. Якщо не лікуватися, то ВІЛ-інфекція може призвести до СНІДу і летального фіналу.

Таким чином, ВІЛ - це вірус, що пригнічує імунну систему, а СНІД - це комплекс захворювань, які виникають у ВІЛ-позитивної людини на фоні послабленого імунітету.

МІФ 4: ВІЛ передається побутовим шляхом-через повітря.

ФАКТ: Існує лише декілька шляхів передачі ВІЛ-інфекції:

- незахищений (без презерватива) проникаючий статевий контакт;
- спільне або повторне використання шприців, голوک та інших ін'єкційних засобів;
- використання нестерильного інструментарію для татуювання і пірсінгу;
- передача вірусу дитині від ВІЛ-позитивної матері - під час вагітності, родів і годування грудьми.

Таким чином, якщо не трапляється контакту з кров'ю, спермою, вагінальним секретом і грудним молоком, можливість передачі ВІЛ-інфекції виключена.

ВІЛ НЕ ПЕРЕДАЄТЬСЯ:

- при рукостисканні або обіймах;
- через піт або сльози;
- при кашлі та чханні;
- при спільному використанні посуду або постільної білизни;
- при спільному використанні ванни та туалету;
- при спільних заняттях спортом;
- у громадському транспорті;
- через тварин або при укусах комах;
- при поцілунку / через слину.

МІФ 5: ВІЛ передається через рукостискання.

ФАКТ: Не зафіксовано жодного випадку зараження ВІЛ при контакті зі слиною, сльозами чи потом. **Ви не заразитесь, якщо потиснете руку ВІЛ-позитивному знайомому або другу.**

МІФ 6: Ризикує заразитися той, хто п'є зі склянки, з якої вже пила ВІЛ-позитивна людина, або спільно з нею користується посудом, рушниками, постільною білизною.

ФАКТ: Ви не можете заразитися ВІЛ, використовуючи спільно з ВІЛ-позитивною людиною столовий посуд (тарілки, чашки, виделки, ложки), постільну білизну, рушники.

Вчені й медичні спеціалісти підтверджують, що ВІЛ не пристосований до виживання в навколишньому середовищі. Отже, передача ВІЛ при побутових контактах неможлива. Ви нічим не ризикуєте, коли разом із ВІЛ-позитивною людиною користуєтеся предметами спільного вжитку.

При використанні сучасної антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекція може розглядатися як хронічне захворювання.

МІФ 7: Небезпечно користуватися умивальником, душем, басейном, туалетом спільно з ВІЛ-позитивною людиною.

ФАКТ: Ви не можете заразитися ВІЛ при спільному користуванні ванною, душем, туалетом, сауною, басейном. Звичайна обробка (хлорування) води вбиває ВІЛ. Але навіть якби вірус не був убитий, вода зменшує його концентрацію до ступеня, що виключає можливість зараження. За десятиліття розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі не зареєстровано жодного подібного випадку.

МІФ 8: Комари - переносники ВІЛ.

ФАКТ: ВІЛ не передається через укуси комара та інших комах. Коли комар жалив людину, він упорскує не кров попередньої жертви, а свою слину. Такі захворювання, як жовта лихоманка і малярія, передаються через слину деяких видів комарів, оскільки збудники цих хвороб здатні жити та розмножуватися в ній. Але ВІЛ неспроможний розмножуватися в організмі комара або будь-якої іншої комахи, яка ссе кров. Тому вірус, навіть потрапляючи в організм комахи, не виживає і не може нікому передатися.

МІФ 9: Небезпека інфікування ВІЛ існує в перукарні, косметичному салоні.

ФАКТ: Інфікування ВІЛ у подібній ситуації виключене за відсутності контакту з кров'ю. Тому заразитися ВІЛ у перукарні при стрижці, через гребінці або ножиці не можна. Згідно з офіційно встановленим правилом, якого жорстко дотримуються перукарські, манікюрні та косметичні салони, весь інструментарій дезінфікується, що виключає можливість контакту з кров'ю. Ваше завдання - пересвідчитись, що ці правила виконуються.

МІФ10: Візит до стоматолога може призвести до інфікування ВІЛ.

ФАКТ: Заразитися ВІЛ через продезинфіковані стоматологічні інструменти неможливо.

Обов'язкові етапи обробки інструментарію в стоматології на даний момент такі:

1. тривала дезінфекція спеціальними розчинами;
2. передстерилізаційне очищення від залишків крові та інших біологічних рідин;
3. стерилізація.

МІФ11: Саме перебування в медичній установі, де є пацієнти з ВІЛ, несе ризик зараження.

ФАКТ: Одержання медичних послуг в медичній установі саме по собі безпечно, тому що пацієнти не контактують із інфікованою кров'ю. Донорська кров у обов'язковому порядку тестується на ВІЛ, хірургічні інструменти стерилізуються. «Побутові» контакти з ВІЛ-позитивними пацієнтами в лікарні, як і в будь-якому іншому місці абсолютно безпечні: ВІЛ не передається побутовим шляхом.

ФАКТ: Ризик професійного зараження є в медичного персоналу, який контактує з кров'ю, проте він МЕНШИЙ, ніж вважається. Такий контакт можливий при випадкових уколах, порізах інструментами, що містять сліди крові, при потраплянні крові на слизові оболонки та ушкоджену шкіру. Як показали дослідження, ризик зараження в медичних працівників становить 0,3-0,4% при кожному випадковому уколі інфікованою голкою (можливість зараження залежить від розміру і місця уколу) і ще менше - при потраплянні інфікованого матеріалу на слизові оболонки. Ризик зараження на робочому місці при контакті шкіри або слизових оболонок із джерелом ВІЛ-інфекції становить близько 0,09%. Теоретично, при висиханні крові або іншої рідини, що містить ВІЛ, ризик передачі знижується до нуля.

Якщо виникає екстрена ситуація на робочому місці (наприклад укол голкою), медичним працівникам рекомендується проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції за допомогою специфічних антиретровірусних препаратів.

МІФ 12: При інтимному спілкуванні з ВІЛ-позитивною людиною обійми, масаж, поцілунки можуть призвести до передачі інфекції.

ФАКТ: Ви не заразитесь ВІЛ, якщо дотримуетесь правил безпечного сексу. Безпечний секс - це секс із презервативом. Безпечно також:

- цілуватися;
- лежати разом, обійматися;
- пестити і масажувати один одного;
- займатися обопільною мастурбацією.

Якщо ви вступаєте в будь-який сексуальний контакт (оральний, вагінальний, анальний), необхідно використовувати ПРЕЗЕРВАТИВ, - тоді ви завжди почуватиметеся в безпеці.

Використання ПРЕЗЕРВАТИВА при кожному сексуальному контакті - дуже простий спосіб завжди бути впевненим у своїй захищеності.

МІФ13: У презервативах є пори, спроможні пропустити ВІЛ.

ФАКТ: Цей міф спростований численними дослідженнями. Презерватив - єдиний засіб, що забезпечує високий ступінь захисту як від ВІЛ, так і від інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Необхідно тільки простежити, щоб термін придатності презерватива не минув.

БЛОК III

ВІЛ/СНІД - юридичні аспекти

Які наслідки виявлення ВІЛ-інфекції і обов'язки ВІЛ-інфікованих осіб?

У випадку отримання від закладу охорони здоров'я інформації про зараження ВІЛ і попередження про необхідність дотримуватися профілактичних заходів з метою попередження розповсюдження ВІЛ і про кримінальну відповідальність за завідоме нараження на небезпеку зараження ВІЛ іншої людини, ВІЛ-інфіковані люди зобов'язані письмово засвідчити факт отримання вказаної інформації і попередження. Це вимагається законом України.

ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД особи зобов'язані:

- вживати всіх заходів для попередження поширення ВІЛ-інфекції;
- повідомити осіб, які були з ними в статевих стосунках до виявлення інфікування, про можливість їх зараження;
- відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для використання їх в медичній практиці.

Якими правами наділені ВІЛ-позитивні особи?

ВІЛ-позитивні і хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, передбаченими законодавством України.

Окрім загальних прав і свобод вони мають право на:

- відшкодування збитків, пов'язаних із обмеженням їх прав, яке мало місце у зв'язку з поширенням інформації про факт зараження цих осіб ВІЛ;
- безкоштовне забезпечення лікарствами, які необхідні для лікування будь-якого захворювання, яке в них є, засобами особистої профілактики і на психосоціальну підтримку;
- безкоштовний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувального закладу, яке видало направлення на лікування;
- користування ізольованою житловою кімнатою.

Участь ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД осіб у випробуванні медичних засобів і методів, науковому вивченні чи навчальному процесі, фотографування, відео- чи кінозйомках **проводиться тільки з їх згоди.**

Неповнолітні, які інфіковані ВІЛ чи хворі на СНІД, мають право на щомісячну державну допомогу в установленому розмірі.

Відмова від прийняття в лікувальний заклад, надання медичної допомоги, порушення прав осіб на основі того, що вони ВІЛ-інфіковані чи хворі СНІДом, а також порушення прав їх рідних і близьких на цій підставі – **заборонені.**

Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД, їх рідних та близьких, можуть бути оскаржені в суді.

Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією відбулося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування у судовому порядку спричиненої їх здоров'ю шкоди.

Яка відповідальність існує за порушення законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу?

Завідоме наражання на небезпеку зараження чи зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини особою, яка знала про наявність у неї ВІЛ-інфекції, тягне за собою кримінальну відповідальність. Винна в цьому особа зобов'язана **відшкодувати збитки, які виникли у зв'язку з наданням соціальної і медичної допомоги.**

Відмова особі в реалізації її права на проведення медичного огляду з метою виявлення зараження ВІЛ, **проведення такого огляду без попередньої згоди обстежуваного тягне встановлену Законом відповідальність, а неналежне виконання медичними чи фармацевтичними працівниками або працівниками інших сфер своїх професійних обов'язків, яке привело до зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини, відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим чи хворим на СНІД, а також розголошення даних про проведення медичного огляду і його результатів тягнуть за собою притягнення до кримінальної відповідальності.**

Відшкодування збитків, які нанесені здоров'ю осіб, інфікованих ВІЛ з вини медичних працівників чи внаслідок незабезпечення безпечних умов праці власниками (вповноваженими ними органами) закладів охорони здоров'я, підприємств, установ, організацій, виконання працівниками яких своїх службових обов'язків пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ, **здійснюється за рахунок винної особи.**

Тут варто процитувати кілька статей Кримінального кодексу, оскільки часто виникають питання про конкретну відповідальність за конкретні дії.

Стаття 130. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншим невиліковним інфекційним захворюванням.

1. Свідоме наражання іншої особи на небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, небезпека для життя людини, карається арештом на строк до трьох місяців чи обмеженням волі на строк до п'яти років, чи позбавленням волі на строк до трьох років.

2. Зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою особою, яка знала, що вона є носієм цього вірусу, карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, які здійснені по відношенню до двох чи більше осіб чи неповнолітнього, карається позбавленням волі від трьох до восьми років.

4. Умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, небезпечною для життя людини, карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

Стаття 131. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним чи іншим працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи недобросовісного до них відношення, яке потягло за собою зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною хворобою.

1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним чи іншим працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи недобросовісного до них відношення, яке потягло за собою зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, небезпечною для життя, карається обмеженням волі на строк до трьох років чи позбавленням волі на цей же строк з позбавленням права займати певні посади чи займатися певним видом діяльності на термін до трьох років.

2. Те ж діяння, яке потягло за собою зараження двох чи більше осіб, - карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права займати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби.

Розголошення посадовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, які самовільно отримали інформацію, чи медичним працівником даних про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, небезпечної для життя людини, чи захворювання синдромом набутого імунодефіциту (СНІД) і його результатів, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових чи професійних обов'язків, карається штрафом від десяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, чи громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, чи виправними роботами на строк до двох років, чи обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права займати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років чи без такого.

Сучасні методи профілактичної роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу

На сьогоднішній день профілактична робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів, захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) та безпечної поведінки проводиться сучасними методиками з використанням інтерактивних засобів. З 2006 року в Закарпатській області для школярів старших класів активно впроваджується нова просвітницька програма «З грою проти СНІДу».

Ідея проекту «Грою проти СНІДу» зародилася в Чехії під час чесько-німецької зустрічі лікарів, яка відбулась весною 1998 року. Зразком став проект німецької організації (BZgA) названий «Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe & Sexualitat».

В тому ж році в м. Клатові відбулась презентація проекту за участі урядів Баварії, Державного медичного інституту (м. Прага), районної санітарно-епідеміологічної станції і центром соціального захисту в м. Клатові. Паралельно з цим заходом відбулось навчання майбутніх чеських ведучих.

Презентацію цього проекту переглянули 46 спеціалістів у галузі медицини, педагогіки та громадських організацій. Позитивний відгук було отримано зі сторони молоді, батьків, вчителів та працівників Міністерства освіти, науки і спорту ЧР, який допоміг зародженню чеського проекту.

За згодою німецького партнера і за підтримки Міністерства охорони здоров'я ЧР(народна програма протидії епідемії ВІЛ/СНІДу) районною санітарно-епідеміологічною станцією в Клатові була реалізована чеська версія проекту „Із

грою проти СНІДу” (автори А.Кубатова, М.Бручкова, Л.Мрушковічова, Й.Єдлічка). Крім Німеччини і Чехії подібний проект проходить в Люксембурзі та Словаччині.

Восени 2006 року представники Чеської республіки відвідали м. Ужгород:

- провели презентацію проекту,
- підготували модераторів та організаторів гри, за допомогою яких було реалізовано три кола гри для 150 учнів загальноосвітніх шкіл м.Ужгород.

Модератори та організатори отримали сертифікати та можливість проводити таку гру в Закарпатській області.



Після відвідування чеських колег працівниками ЗОБФ «Закарпаття проти СНІДу» було написано проект «3 грою проти СНІДу» для впровадження серед учнівської молоді Закарпатської області. Проект підтримано **Мережею нідерландських благодійних фондів для Центральної та Східної Європи**”.

Проект «3 грою проти СНІДу» почав реалізовуватися 1 грудня 2007 року згідно наказу ЗОБФ «Закарпаття проти СНІДу» від 01.12.2007 р. № 111. У грудні 2007 – січні 2008 року робочою групою проекту було розроблено та замовлено повноцінні комплекти матеріалів для проведення програми «3 грою проти СНІДу». У січні 2008 р. було проведено додаткове навчання модераторів та організатора для більш ефективного впровадження програми. У лютому проведено круглий стіл для представників Центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді та

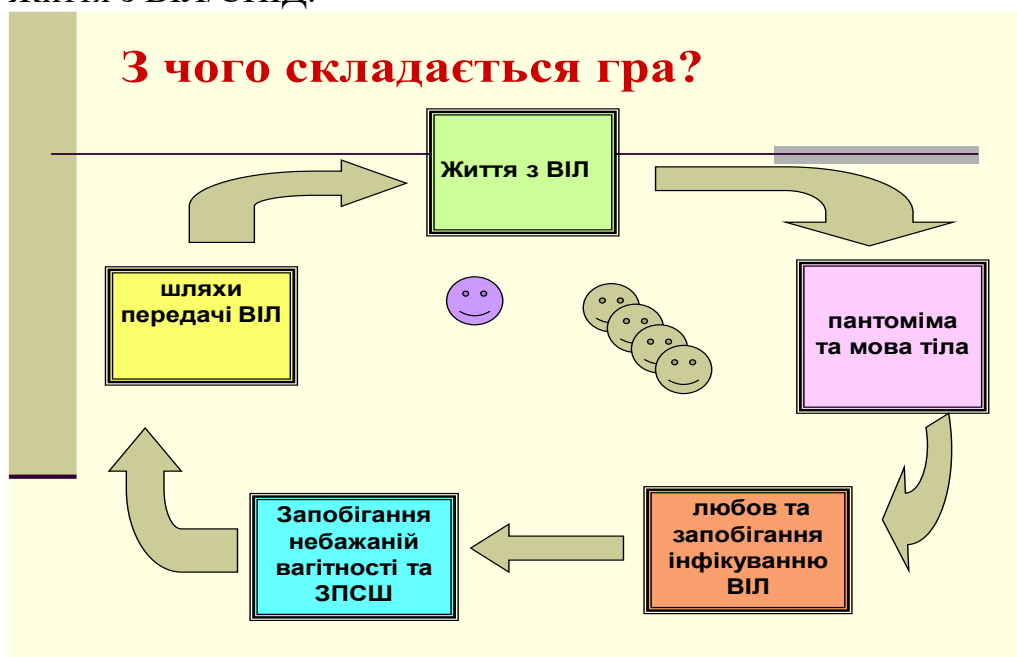
оголошено конкурс на кращу програму впровадження профілактичної програми «З грою проти СНІДу» серед молоді району.

10 березня 2008 року робочою групою було розглянуто подані пропозиції та визначено переможців:

1. Свалявський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
2. Хустський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Сама програма має певні особливості та чітко структуровану будову. Під час кожної гри учасники поділені на 5 команд, які проходять 5 етапів:

1. Шляхи передачі ВІЛ/СНІД;
2. Любов, сексуальність та профілактика ВІЛ-інфекції;
3. Профілактика небажаної вагітності та захворювань, що передаються статевим шляхом;
4. Пантоміма та сексуальність мови тіла;
5. Життя з ВІЛ/СНІД.



На кожному етапі команди набирають певні бали, які в кінці гри додаються, після чого визначається переможець.

Під час проведення даної програми команда-переможець отримувала подарунок, інші команди отримували інформаційні матеріали та невеликі подарунки.

В кінці кожної гри проводилося анкетування учасників для визначення їх думки про профілактичну програму. Так, 100 % учасників зазначили, що їм сподобалася гра, близько 16 % хотіли б збільшити час та місце проведення, що не залежало від організаторів.

У 2008 році проведено семінар-тренінг для центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що перемогли у конкурсі. Семінар-тренінг включав навчання модераторами на базі Центру з профілактики та боротьби із СНІДом та проходження практичної частини під час гри на базі ЗОШ № 8. Всі учасники отримали сертифікати з правом проведення гри та навчальний модуль. Центри

соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді отримали повні комплекти матеріалів для проведення гри в районах.

У травні на круглому столі управління освіти і науки облдержадміністрації за участю представників Міністерства освіти і науки України та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні оголошено про реалізацію проекту «3 грою проти СНІДу», що було підтримано учасниками круглого столу.

16 травня 2008 року проведена прес-конференція для засобів масової інформації, де було оголошено результати проведеної профілактичної програми «3 грою проти СНІДу» та анонсовано проведення фінальної гри серед шкіл м.Ужгород.

21 травня 2008 року на базі ЗОШ № 12 проведено фінальну гру, в якій взяли участь п'ять найбільш активних шкіл (за результатами обговорення робочої групи), а саме: ЗОШ № 12, ЗОШ № 15, ЗОШ № 8, ЗОШ № 11, школа-інтернат з поглибленим вивченням окремих предметів (ліцей). Під час гри команда кожної школи була одягнена в футболки певного кольору. Команда переможець отримала телевізор, інші команди DVD програвачі. На грі були присутні представники засобів масової інформації, зокрема телерадіокомпанія «Тиса» та «21 канал».

Отже, за час реалізації проекту в м. Ужгород було впроваджено нову методику проведення профілактичної роботи серед молоді, яка отримала позитивні відгуки як від учасників, так і від їх вчителів. Ігри проводилися в інтерактивному режимі, закликаючи молодь до самостійного пошуку інформації, більш серйозного ставлення до власного здоров'я та свого майбутнього.

Даний проект дав можливість розширити ефективну профілактичну методику на територію області, а саме: підготовлено сертифікованих спеціалістів та надано повний комплект матеріалів для проведення в двох районах області (найбільш уразливі з погляду поширення ВІЛ-інфекції).

Вдалося привернути увагу громадськості до профілактичної роботи з питань ВІЛ/СНІДу серед молоді області за допомогою засобів масової інформації.

Оскільки проведення даної інтерактивної програми вимагає спеціального навчання та певного набору методичних матеріалів, вона не впроваджена широко на території області. За бажання окремих державних та громадських організацій Центр з профілактики та боротьби із СНІДом та ЗОБФ «Закарпаття проти СНІДу» проводить навчання та надає можливість самостійно проводити профілактичну програму «3 грою проти СНІДу».

2.3. Тренінг НАРКОМАНІЯ — ТИ - ЗАКОН

Мета. За допомогою цього мозкового штурму можна уявити, що зроблено державою в подоланні проблеми наркоманії.

Навчальний момент. Спроба розробити власний законопроект з даної проблеми.

Обладнання. Кримінальний кодекс України; дані медичних працівників з наркоманії; аркуш паперу.

Час. Одна година.

Методика проведення:

- Попросити групи на аркуші паперу записати перелік негативних явищ наркоманії.

- На другому аркуші паперу записати перелік засобів боротьби з наркоманією (медичні, кримінальні).

- Запропонуйте групам розповісти одне одному про свої думки.

- На дошці записати в два стовпчики ці переліки.

- Запропонуйте класові кваліфікувати негативні явища з засобами боротьби, наприклад: злочин — покарання.

- Використовуючи всю інформацію, групи можуть спробувати скласти законопроект з проблеми наркоманії.

Поставте учням запитання, подані нижче. Запитання:

- Чому, на вашу думку, необхідно вирішувати проблему наркоманії?

Може, це і не проблема — кожен сам вибирає своє життя

- Як наркоманія впливає на життя суспільства?

- Що, на вашу думку, можуть зробити політичні лідери, лікарі, юристи, вчителі та ви для вирішення цієї проблеми?

Альтернативна методика:

- Станьте або сядьте колом. Кожен учень по черзі називає негативне явище, потім засоби боротьби.

- Разом прийдіть до розуміння явища.

В колі по черзі кожен учень пропонує думки для складання законопроекту

БЛИЦ-ВІКТОРИНА

Мета. Ця вікторина корисна на будь-якому етапі ознайомлення учнів з проблемою: наркоманія — ти — закон.

Якщо діти до цього не вивчали її, така вікторина дає нагоду визначити, наскільки вони обізнані з метою. Згодом вікторину можна використати для перевірки, наскільки їхня обізнаність зросла. З її допомогою також зручно встановити, які особливі інтереси та позиції мають підлітки щодо проблеми.

Навчальний момент:

— Ми вже знайомі з проблемою наркоманії від знайомих, по телебаченню, з книжок тощо.

— Коли ми обговорюємо проблему «наркоманія — ти — закон», треба розглядати її з різних сторін.

Обладнання. Запитання вікторини.

Час. Одна година.

Методика проведення:

- Перед заняттям запишіть на аркуш паперу чи на дошці запитання і хай їх перепишуть, не відповідаючи на них.

- Тепер запропонуйте дітям протягом десяти хвилин обговорити з своїми товаришами можливі відповіді на запитання, при цьому вільно переміщаючись по аудиторії. Учень, який відповідає на запитання, повинен підписати свою відповідь. Таким шляхом учні діляться тим, що вони знають про наркоманію та закони

- Зберіть усі відповіді на кожне запитання і запишіть їх на дошці. Очевидно, на одне і те саме запитання будуть різні ВІДПОВІДІ. Заохочуйте учнів обговорювати свої відповіді.

- Очевидно, діти не зможуть відповідати на всі запитання, та й відповіді можуть бути помилковими. Наприклад, вони можуть не знати законодавства по проблемі. Пам'ятайте, що метою вікторини є акцентування уваги на проблемі наркоманії, а не отримання правильної ВІДПОВІДІ. Запитання, які зачіпають особливо цікаві проблеми, можуть стати основою майбутніх дискусій.

- Якщо бракує часу, виберіть кілька запитань, сконцентрувавши увагу на тих, які для дітей найважливіші.

ЗАПИТАННЯ ВІКТОРИНИ:

Чи можеш ти назвати:

1. Що таке наркоманія?
2. З чого починається наркоманія?
3. Наркоманія - це хвороба чи соціальне явище?
4. Як поширилась наркоманія у світі, в країні, в твоєму місті, селі?
5. Твоє ставлення до наркоманів.
6. Чи потрібно наркоманів ліквідувати, чи наказувати?
7. Чи несе наркоман кримінальну відповідальність за свої дії
8. Чи відомі тобі якісь методи лікування?
9. Які б закони ти запропонував для рішення проблеми наркоманії?

Альтернативна методика:

- Якщо ви маєте ксерокс, намалюйте табличку на аркуші паперу, запишіть запитання в кожному рядку і зробіть копію для кожної дитини

- Старшокласники повинні вибрати одне із запитань і дослідити його ґрунтовно у вигляді проекту, виступаючи згодом перед класом із доповіддю про результати свого дослідження.

- Учні могли б ставити ці запитання відвідувачам під час проведення у школі «Дня відкритих дверей»

2.4. Мішень цигарки —▶ молодь всього світу

(текст бесіди в допомогу соціальним працівникам та волонтерам, які здійснюють просвітницькою роботою серед учнівської молоді)

КУРІННЯ

Трохи історії

Історія вживання тютюну розпочалася в Європі наприкінці XV століття після повернення з Америки учасників другої експедиції Колумбії (1496 р.). Насіння цієї рослини, яку індіанці називали „кохоба”, привіз іспанський чернець Роман Пано. Спочатку тютюн вирощували в Іспанії як декоративну рослину. Вперше звичай палити тютюн описав де Ов'єдо: "Індіанці, які живуть на острові Гіспаньола, мають дуже шкідливі звички. Вони вдихають через ніс дим, що утворюється від спалювання трави. Звичай цей вони називають „табако”.

Спершу тютюн у Європі поширювався як лікувальний засіб. Про нього навіть писали у підручнику медицини (1625р.): „це зілля очищає піднебіння й голову, послабляє біль і втому, заспокоює зубні страждання.”. Негативна дія тютюну була ще мало відома.

Посольська трава, як годі називався тютюн, дуже швидко стала знана у Європі завдяки дипломату Ж. Ніко (звідси назва основної діючої речовини тютюну - „нікотин”). У 1560 році Ніко привіз тютюн французькій королеві Катерині Медичі, яка вживала його, як засіб від мігрені.

Спочатку тютюн нюхали, а потім почали палити. Незважаючи на те, що тютюн вважався „модною травою”, у більшості країн Європи (наприклад, в Англії) американську рослину сприйняли негативно. В Англії вже в XVI – XVII століттях курити тютюн було заборонено.

Лише через 10 років шкідливість тютюну почали розуміти у Франції. У 1680 році король Людовік XIII заборонив вільний його продаж.

Католицька церква також була проти вживання тютюну. У 1624 році папа Уран VIII у спеціальній буллі вказував: „Духовні особи нюхають табаку перед вітарем і частим чханням порушують благоговіння в церкві”. У 1692 р. в Сані - Яго були живцем замуrowані в стіну п'ятеро ченців, які палили сигарети біля церкви, замість того, щоб бути присутніми на вечірній службі.

До Русі „богопротивне зілля” було завезене в XVI столітті іноземними купцями. Влада відразу заборонила тютюн, вважаючи вживання його ознакою розбещення, засобом, нищівним для здоров'я людини. Під загрозою смертної кари російський цар Михайло Романов вимагав у своєму указі, "... щоб ніде тютюн у себе не тримали і не пили (тобто не вживали), і тютюном не торгували...".

Крім того, куріння часто ставало причиною численних пожеж. У 1694 р. цар Олексій Михайлович наказував: „... кожного, у кого буде знайдено тютюн, катувати і бити нагаєм доти, доки не зізнається, звідки тютюн дістав. Провинним купцям - відрізати носи, пороти ніздрі і висилати у віддалені місця”. Проте цар Петро I, який за час свого перебування в Західній Європі при звичаївся до куріння, скасував заборону спеціальним указом від 1697 року, одночасно оподаткувавши продаж тютюну на користь, держави.

Тепер на земній кулі посіви тютюну (однорічної рослини *Nicotiana glauca* з родини пасльонових) займають мільйони гектарів, на жаль, здебільшого найкращих земель. Існує величезна тютюнова індустрія, яка об'єднує вирощування тютюну, обробку його та випуск сигарет та сигар для мільйонів чоловіків та жінок. Треба, щоб кожен спитав себе - чи варто вживати це „диво з XV століття”, руйнуючи власний організм?

Перед вибором

Кожного року у світі мільйони людей отримують різні захворювання через куріння. Та незважаючи на це, одночасно інші мільйони людей на Землі починають палити. Ми так само, як і вони, особливо не задумуємося над тим, як підкоряємося поганим звичкам і як ці звички впливають на стан нашого здоров'я.

- Чому ми починаємо палити?
- Яка користь від куріння?
- Як кинути палити?
- Чи варто було спробувати?
- Які наслідки куріння?
- Як не почати палити?

Всі ці питання часто виникають перед нами, і не завжди ми знаходимо на них відповіді.

Багато юнаків та дівчат говорять, що куріння:

- розслаблює
- розважає, коли нудьга
- рятує від зайвої ваги
- об'єднує з друзями
- подобається
- дозволяє відчувати себе більш дорослими
- розважає, коли нудьга
- надає можливість відчувати себе самотійним
- це шикарно
- сприяє неформальному спілкуванню
- зближує людей
- це просто звичка.

Вчені проаналізували ці відповіді і спробували згрупувати мотиви, що спонукають юнаків та дівчат почати палити:

По-перше - це імітації манер якоїсь компанії, в яку юнак чи дівчина хоче бути прийнятним, стати „своїм”.

По-друге - це уподібнення людині, яка подобається, бажання бути схожим на неї, мати однакову поведінку та інтереси.

По-третє - це пов'язано з прагненням бути дорослим.

Дивлячись на поведінку дорослих, які палять, деякі підлітки сприймають куріння як ознаку дорослості. Є випадки, коли куріння настільки входить в побут родини, що не постає питання - палити чи не палити. Проблема лише в тому, коли почати.

Для багатьох підлітків куріння є засобом самоствердження, прагненням засвоїти „модні” манери, необхідним, щоб переконати оточення в своїй незвичайності та сучасності.

Серед інших мотивів - бажання все в житті спробувати. Люди не замислюються над тим, чим можуть закінчитися ці спроби.

За будь-яких мотивів куріння призводить до формування залежності

Бути дорослим, самотійним, цікавим - бажання кожного з нас. Бути особистістю - це насамперед, бути вільним, мати власну точку зору, а отже, - керувати своїми звичками, а не підкорятись їм.

Залежність формується непомітно

(Етапи куріння)

Запитайте своїх однолітків чи друзів, які палять, про перше знайомство з тютюном. І в більшості випадків Ви почуєте наступне: „Перше, що я відчув, це як забило подих. Закашлявся, голова пішла обертом, сльози потекли з очей. Пам'ятаю, що почав блювати. Ледве відійшов від цього кошмару...”

Багатьом ця ситуація знайома, чи не так? Але у кожної людини досвід першого знайомства з тютюном свій, тобто відчуття можуть бути дуже різними. При першій спробі закурити можливі: кашель, спазми в горлі, головний біль, загальне збудження або гальмування, нудота, блювання і навіть втрата свідомості. Ступінь прояву цих ознак (симптомів) залежить від особливостей конкретного організму. Але якщо з перших спроб неприємні прояви навіть відсутні - це не означає, що організм взагалі не чутливий до шкідливої дії тютюну.

Ми охарактеризували перший стан - „знайомство” людини з тютюном.

Якщо не зробити вірних висновків з початкового досвіду, „знайомство” переходить у звичку. Настає другий етап, *визначальна ознака якого - отруйна (токсична) дія нікотину*. Людина відчуває приємно збуджуючу дію тютюну і не зауважує шкідливих змін в організмі. Формується так звана психічна залежність: коли у курця закінчилися сигарети і він не палив деякий час, то з'являється нервозність, людина шукає будь-яку можливість запалити. Звичка до куріння підпорядковує собі все життя. Вже не помічаєш, як виймаєш сигарету з пачки, випалюєш її, береш наступну, і все повторюється.

Коли без сигарети відчуваєш себе роздратованим, „розбитим”, настає третій стан куріння. Поступово приходить усвідомлення того, що куріння приносить не лише задоволення, а й шкоду та створює різні незручності. Без цигарки вже важко зосередитись, під час роботи куріння стає безперервним. Водночас знижується легкість заучування, точність обчислювальних операцій, обсяг пам'яті.

На четвертому етапі *у багатьох курців куріння викликає погіршення стану здоров'я: з'являється слабкість, болі в грудях, кашель, задишка, утруднене дихання. Курця зі стажем легко впізнати за помітним огрубінням шкіри і зморшками на обличчі, нездоровим виглядом волосся, жовтими пальцями. Ще й одяг має неприємний запах диму. „Приваблива” картина, чи не так?*

Приблизно 90% курців вважають куріння шкідливим для себе, і тільки дві третіх з них роблять спроби кинути палити. Але позбутися тютюнової залежності надто важко. Тоді приходить думка, а чи варто було починати?

Уяви собі, якщо курець випалив пачку сигарет за день, то до його легень за рік потрапляє 1 літр осадженої смоли.

Смола - це в'язка речовина чорного кольору, аналог губрону, що використовується для виготовлення асфальту.

А якщо я не палю?

(Пасивне куріння)

Тютюновий дим шкідливий і для організму людини, яка не палить.

Чи не помічали ви, що в кімнаті, де багато палять, ви кашляєте більше? Це результат „пасивного” або „ненавмисного” куріння. З'ясовано, що пасивне куріння зумовлює захворювання дихальної системи у некурців. Таким чином курець завдає шкоди не лише своєму здоров'ю, а й здоров'ю людей, що його оточують.

Підраховано, що перебування протягом години в накуреному приміщенні рівнозначне „випалюванню” 4 сигарет. Причому люди, які не палять, мимоволі опиняються в групі ризику, стають пасивними курцями.

Куріння забруднює навколишнє середовище.

У тютюновому димі, котрий потрапляє в повітря, крім нікотину, міститься велика кількість інших хімічних речовин (бензопірен, синильна кислота, формальдегід, аміак та ін., які у вигляді осаджених смол нагромаджуються у легенях людини). Вони подразнюють слизову оболонку дихальних шляхів, а при тривалому впливі виступають канцерогенами (тобто спричиняють розвиток злоякісних пухлин).

Тому проблеми, пов'язані з курінням, стосуються кожного, навіть якщо ти не палиш. Зрозуміло, що допомагаючи іншим кинути налити, ти дбаєш, в першу чергу, про своє здоров'я.

Тютюн здоров'ю не товариш!

(Фізіологія та наслідки куріння)

Нікотин - це жовтувата речовина, розчинна у воді й жирах, яка добре всмоктується слизовими оболонками і навіть неушкодженою шкірою. Дуже токсичний для людини. Під впливом нікотину збуджується дихальний центр (при великих дозах - настає його параліч). Коли нікотин потрапляє в кров, навантаження на серце збільшується. Кількість серцевих скорочень на добу у курця на 15-20 тисяч більше ніж у людини, яка не палить. Це означає, що серце додатково перекачує 1,5 тонни крові за день, що призводить до скорочення життєдіяльності серця.

Давайте з'ясуємо, чому шкідливе куріння.

Об'єктивно це, по-перше, зумовлено дією на організм людини нікотину, а по-друге, впливом тютюнового диму. Відомо, що куріння шкідливе для молодого організму, передусім для органів дихання. Встановлено, що у юнаків та дівчат, які палять, об'єм грудної клітки і розвиток легень відстають від середньої норми на 25%, і з часом грудна клітка набуває впалого вигляду. Курці-підлітки частіше страждають і на простудні захворювання. Для них кашель стає майже постійним явищем - так званий *бронхіт курця*.

При палінні негативні зміни відбуваються також у статевій сфері. Сексопатологи спостерігають у курців зменшення в крові чоловічого статевого гормону - тестостерону, що знижує ймовірність запліднення, часто призводить до імпотенції. Крім того, слабшають м'язи, значно погіршується зовнішній вигляд юнаків.

Дівчата теж страждають від впливу тютюну. Організм жінки, яка палить, старіє значно швидше, в дівчат, які палять, виникають різноманітні порушення менструального циклу, що може спричинити навіть безпліддя. Так у жінок, які палять, вагітність частіше проходить з ускладненнями, нерідко спостерігається внутрішньоутробна загибель плода і викидні. Значно збільшується смертність новонароджених. Слід також зауважити, що куріння під час годування груддю погіршує якість молока і зменшує його кількість. У дітей, матері яких палять, частіше розвивається недокрів'я, відбувається затримка фізичного і психічного розвитку.

Запитай себе, чи повинні твої діти страждати від твоїх згубних звичок?

Серед наслідків куріння особливо небезпечні ті, що пов'язані зі шкідливим впливом тютюну на кровоносні судини. Нікотин викликає спазм судин, зменшення їх просвіту, в результаті чого погіршується кровообіг в окремих частинах тіла, що утруднює виведення шкідливих продуктів обміну речовин з організму.

Курцям притаманне запалення слизової оболонки порожнини рога (*стоматит*) та ясен (*гінгівіт*).

Токсична дія нікотину на судини обумовлює також *виразкову хворобу* шлунку й дванадцятипалої кишки.

У молодих курців частіше виникають запалення, переродження і спазми внутрішньої оболонки судин нижніх кінцівок (*ендартеріїт*). Такі порушення кровообігу у курців можуть призвести до ампутації ніг.

А тепер згрупуємо відомі негативні наслідки куріння.

Негативні короткострокові (виникають впродовж кількох хвилин, після першої затяжки):

- прискорення серцевих скорочень
- підвищення кров'яного тиску
- подразнення тканин гортані, кашель
- надходження оксиду вуглецю (чадного газу) у кров
- пряме та швидке попадання канцерогенів до легенів
- подразнення очей димом

Відтерміновані довгострокові (формується роками і виникають у найменш слушний момент):

- рак легенів, ротової порожнини, стравоходу, шлунку, гортані, підшлункової залози та жовчного міхура
- захворювання серця (стенокардія, інфаркт)
- виразка шлунку та дванадцятипалої кишки
- судинні захворювання (ендартеріїт, інсульт)
- хронічний бронхіт

Інші (найрізноманітніші):

- пошкодження слизової оболонки губ, язика, піднебіння, гортані і, таким чином, зміна відчуття смаку їжі
- виникнення надсадного кашлю, неприємного запаху із рота і захворювань ротової порожнини
- рання поява зморшок па обличчі
- пожовтіння зубів
- утруднення дихання та зниження фізичної витривалості.

Чи варто продовжувати?

Доцільно чи недоцільно налити?

Скільки б ми не стверджували, що палити недоцільно - вибір все одно залишається за людиною. Але давайте поміркуємо разом.

Кожен з нас прагне бути сильним, привабливим, мати гарну роботу, щасливе особисте життя. А скільки мрій, які можуть здійснитися? Здійснюючи їх, ми постійно стикаємося з різноманітними перешкодами і намагаємося їх здолати і рухатися вперед. Не завжди легко вдається нам досягти поставленої мети, але при бажанні рано чи пізно ми здійснюємо свої наміри. Тоді чому ж засобом вирішення наших проблем має бути тютюн? Чому рослина має бути „визначником” нашої долі? Адже кожен з нас у змозі бути хазяїном свого життя і має право на свободу вибору - палити чи не налити.

Якщо ми насправді не знаємо себе, своїх цінностей та цілей в житті, якщо ми не усвідомлюємо існування зовнішнього тиску, що впливає на наш вибір, прийняті нами рішення можуть бути не зовсім вільними і не найкращими.

Тому ми пропонуємо за допомогою, таблиці з'ясувати власне ставлення до паління. У правій колонці дай відповідь: якщо ти *погоджуєшся*, то „+”, якщо не *погоджуєшся* - то „-”.

Вплив паління на мене	Відповідь
Тютюновий дим приємний для мене	
Мені подобається відчувати запах диму від одягу та з рота курця	
Я не вважаю, що збільшується ймовірність різноманітних захворювань в організмі	
Мені здається, що пасивне куріння не призводить до важких наслідків та захворювань	
На куріння за рік не витрачаються великі гроші	
Тютюн допомагає мені в житті	
Мені подобаються люди, які палять	
Я добре ставлюсь до куріння	
Я не віддаю перевагу здоровому способу життя	

Відповівши па ці питання, ти визначиш свою позицію щодо доцільності або недоцільності куріння для тебе. Але на нашу думку, на правильному шляху ти стоїш тоді, коли у тебе всі відповіді відмічені знаком „-”

Незважаючи на те, що куріння швидко стає звичкою, і з'являється фізіологічна залежність від тютюну, люди можуть кинути і дійсно кидають палити. Деякі молоді люди вважають, що в підлітковому віці, коли ти ще здоровий та міцний, можна палити, а потім можна кинути в будь-який момент.

На жаль, це не так просто.

Людині дуже важко не закурити в тих умовах і в той час, коли вона звикла палити. Організм уже звик до нікотину, і бажання запалити стає нестерпним. Дехто здається і знову береться за сигарету, а дехто одержує перемогу над цією звичкою і врешті-решт переконується, що без куріння можна обійтись.

Тому, щоб не мати таких проблем - краще не розпочинати палити.

Якщо ти не палиш і не знаєш як відмовитися від пропозиції запалити, то тоді тобі будуть у пригоді варіації відповідей твоїх однолітків:

- Я пробував (ла), мені погано!
- Я не по цих справах.
- Я щойно палив (ла).
- Я зробив (ла) для себе вибір, прошу не тиснути на мене!
- Це для мене не по кайфу.
- Мені не подобається твій запах і я не хочу пахнути, як ти.
- У мене алергія на тютюновий дим.
- Ми з тобою домовлялись більш не палити.
- У мене немає настрою сьогодні палити.
- Мені ці цигарки не подобаються, а ті, що я палю, дуже дорогі, а грошей зараз нема.
- Я не хочу бути таким, як усі. Я хочу бути індивідуальністю.
- Від куріння шкіра стає старою та жовтою.
- Від куріння у хлопців швидко настає імпотенція.

Ті, хто вже пристрастився до куріння але вирішив позбутися цієї шкідливої звички, дуже потребують підтримки, особливо в перші найважчі тижні. Курці іноді вигадують собі різні причини, чому вони не можуть чи не хочуть кинути палити. Якщо ти знаєш когось, хто намагається кинути палити, підтримай його та запевни у тому, що він зробив правильний вибір.

Якщо ти вирішив кинути палити

Оголоси своїм друзям та родині, що кидаєш палити. Прилюдно взяте зобов'язання зміцнює силу волі.

Не прагни кинути палити назавжди - покинь тільки на один день.

2.5. АЛКОГОЛЬ ТА НАРКОТИКИ

(текст бесіди в допомогу соціальним працівникам та волонтерам, які займаються просвітницькою роботою серед учнівської молоді)

ВИКРАДАЧ РОЗУМУ

Так іменують алкоголь з давніх часів. Про п'янке властивості спиртних напоїв люди дізналися не менш ніж за 8000 років до н.е. Поява керамічного посуду дала можливість їх виробляти з меду, плодкових соків і дикого винограду.

Чистий спирт почали одержувати в VI-VII століттях араби і назвали його „алькоголь”, що означає „одурманюючий”.

Першу пляшку горілки виготовив араб Рагіз у 860 році. Переробка вина для одержання спирту різко збільшила пияцтво. Тому Мухаммед, засновник ісламу, заборонив вживання спиртних напоїв. Ця заборона згодом увійшла у звіт мусульманських законів - Коран (VII ст.). З того часу протягом 12 століть у мусульманських країнах алкоголь не вживали, а порушників жорстоко карали.

У середньовіччі в Західній Європі також навчилися одержувати міцні спиртні напої, і з тих часів вони поширилися по всіх країнах світу, насамперед за рахунок промислового виробництва алкоголю з дешевої сировини (картоплі, відходів цукрового виробництва і т.п.)

У Древній Русі пили дуже мало. Лише на окремі свята варили медовуху, брагу або пиво, міцність яких не перевищувала 5-10 градусів. Чарка пускалася по колу, кожен робив декілька ковтків. У буденні дні жодні спиртні напої не вживались. Пияцтво вважалося найбільшою ганьбою і гріхом.

Але з XVI століття почалося масове завезення з інших країн горілки і вина. Проте і тоді намагалися обмежити споживання спиртних напоїв. Так, у 1652 році вийшов наказ, який дозволяв продавати горілку тільки по одній чарці на чоловіка, забороняв продавати вино питущим, а також усім іншим під час постів, у середу, п'ятницю і неділю. Однак через фінансові міркування незабаром до наказу була внесена поправка, що відміняла обмеження і фактично сприяла пияцтву.

Сьогодні можна стверджувати, що в Україні, як це не прикро, склалася своєрідна „питійна процедура”, без якої не відбувається жодна більш-менш знаменна подія. Народилася дитина - хрестини. Померла людина - поминки. Святкують народження - п'ють за здоров'я, проводжають людину в останній” путь - за упокій. Приводом для випивки може стати як релігійне свято, так і найменша побутова подія, наприклад, купівля особистих речей, які необхідно

„обмити”. Завдяки таким „традиціям” на даний момент значно зріс рівень вживання алкогольних напоїв, і, як наслідок, збільшилася кількість людей, хворих на алкоголізм.

До розряду міцних напоїв належить і продукція підпільного, домашнього виробництва (самогон, грузинська чача, домашні вина). Як правило, алкоголь підпільного виробництва містить багато шкідливих домішок, головним чином сивушні масла.

Більше того, помилково замість етилового спирту, або свідомо, нехтуючи небезпекою, люди п'ють і різноманітні сурогати. Наприклад, такі рідини, як метиловий спирт, етиленгліколь здатні викликати сп'яніння, а через 10-12 годин після їх вживання з'являються ознаки важкого отруєння: головний біль, нудота, блювання, хитка хода, слабкість (або короткочасне збудження), затьмарення або навіть повна втрата свідомості. Від мозкових розладів (через 1-2 доби), або ушкодження нирок (через 1-2 тижні) може настати смерть. Навіть у незначній кількості вони вражають зоровий нерв і сітківку ока, викликаючи сліпоту, а 100 грамів - смертельна доза.

УВАГА! АЛКОГОЛЬНА АТАКА

Дія алкоголю на організм руйнуюча. Він «накидується» на органи травлення і кровообігу, на головний мозок, нервову систему. У процесі вживання алкоголю кровоносні судини людини розширюються, відчувається приплив тепла, а через деякий час починається уповільнення мови, порушення координації рухів, подвоєння в очах, тремтіння рук, порушення свідомості і, як наслідок, втрата контролю над своїми вчинками.

Алкоголь не тільки затьмарює розум, але й убиває; тисячі людей щорічно помирають виключно через алкогольне отруєння.

Помилково вважається, що для смерті людині потрібна досить велика кількість алкоголю. Цілком достатньо дози, яку не витримає серце або не справиться печінка!

Ступінь сп'яніння залежить від ваги людини, кількості алкоголю, швидкості його вживання, його міцності та стану здоров'я конкретної людини на даний момент.

Пам'ятайте! Для сп'яніння підлітку треба набагато менше алкоголю, ніж для дорослої людини.

Пияцтво завжди супроводжується похміллям, симптоми якого: головний біль, пригніченість, нудота, невгамовна спрага, **загальна** слабкість. Дехто помилково вважає, що позбутися наслідків дії алкоголю можна, прийнявши додаткову дозу спиртного для поліпшення стану. Але це не так. Ці наслідки будуть наявні доти, доки весь алкоголь не виведеться з організму. Часто люди не замислюються над наслідками впливу алкоголю на організм.

Розрізняють **швидкі наслідки впливу алкоголю на організм**, це:

- уповільнення реакції на зовнішні подразники;
- послаблення координації;
- зниження здатності ясно мислити;
- погіршення пам'яті;
- блювота;

- подвоєння в очах;
- затьмарення свідомості;
- відсутність самоконтролю;
- втрата свідомості;
- кома;
- смерть.

Відстрочені наслідки впливу алкоголю на організм:

- провали в пам'яті;
- погіршення травлення;
- серцеві захворювання;
- алкоголізм; цироз печінки;
- пошкодження головного мозку;
- пошкодження нервової системи;
- підвищення ризику нещасних випадків (наприклад, при керуванні автомобілем у нетверезому стані);
- скорочення тривалості життя.

ПРИЧИНИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Якщо люди знають, що алкоголь небезпечний, чому ж тоді вони починають його вживати?

Серед причин можна виділити: економічні, психологічні, соціальні. Підраховано, що кожен підліток до досягнення повноліття переглядає по телевізору в середньому 75 тисяч сцен, у яких фігурує випивка. У дуже позитивному контексті показує алкоголь і реклама. Пиво, наприклад, у рекламі виглядає істинно "чоловічим" напоєм. А вино асоціюється з чимось романтичним: ніжна музика, м'яке світло, чоловік і жінка закохано дивляться один на одного, він наповнює її келих благородною рідиною...Це ж привабливо!

Ми часто наслідуємо героїв, яких нам нав'язують засоби масової інформації.

Підлітки прагнуть якнайшвидше стати дорослими, а вживання алкоголю, асоціюючись з можливостями дорослих, створює ілюзію незалежності і вседозволеності. Але найбільшою мірою на процес становлення та виховання особистості впливає сім'я. Якщо в сім'ї є місце алкоголю, це значно підвищує ризик виникнення у дітей шкідливих звичок.

Традиційно вважається, що алкоголь нібито надає відчуття впевненості, допомагає розслабитись. На вечірках, щоб подолати комплекси, молоді люди спочатку випивають пару склянок, а тоді спілкуються, вважаючи себе привабливішими, сильнішими, кмітливішими. При цьому втрачається здатність адекватного сприймати реакцію оточуючих. Вони не помічають, що п'яна поведінка викликає обурення і огиду. Коли люди напиваються, вони нерідко втрачають контроль над собою і здійснюють вчинки, на які у тверезому стані ніколи б не наважилися.

Алкоголь має свої особливості дії на жіночий організм. Жінка п'яніє значно швидше від чоловіка, навіть якщо випиває менше. До того ж, алкоголь впливає на жінку сильніше і діє довше.

Нудьга, бажання позбутися обридливих проблем теж зумовлюють вживання алкоголю. Для багатьох підлітків випивка - це свого роду діяльність, спосіб прикрасити монотонне існування, а розповіді про те, як випивка здобулася, як

відбувалася і які були „приколи” після, стають головною темою розмов. Але невже це найцікавіше, що можна розповісти про себе і почути від інших? Взагалі, зовсім необов'язково пити в компанії для того, щоб привернути до себе увагу та почуватися гарно і комфортно. Якщо людина зможе себе зарекомендувати як цікаву неординарну особистість, то успіх та справжнє захоплення гарантовані.

ШЛЯХ ДО ЗАЛЕЖНОСТІ

Розглянемо перелік причин вживання алкоголю. Якщо якісь ознаки з них притаманні кому-небудь з Вас, Ви знаходитесь у групі ризику і можете потрапити в цілковиту залежність від алкоголю.

Людина вживає алкоголь, коли:

- багато проблем, щоб вистояти в стресових ситуаціях;
- їй подобається пити на самоті більше, ніж веселитися з друзями;
- намагалася кинути пити або пити менше, і спроби були невдалі;
- починає пити зранку: перед заняттями або перед роботою;
- випити потрібно для нормального самопочуття;
- проковтує випивку, неначе хоче втамувати спрагу;
- хоче позбавитись наслідків похмілля.

При цьому спостерігаються:

- провали в пам'яті;
- швидке сп'яніння;
- фахові та навчальні навички стають гіршими;
- виникнення агресії;
- втрата самоконтролю;
- неприємності, як результат випивки.

Навіть одна із цих ознак значно підвищує ризик виникнення алкогольної залежності. А наявність кількох означає пряму дорогу до алкоголізму.

2.6. Наркоотрута

(текст бесіди в допомогу соціальним працівникам та волонтерам, які займаються просвітницькою роботою серед дітей та молоді)

Незважаючи на те, що досвід вживання людьми наркотичних речовин вимірюється тисячоліттями, отруєння організму наркотиками є однією з найважливіших проблем ХХ ст. За своїм характером людина завжди тягнеться до невідомого. І їй, як свідчить практика, не важко буде відкрити таємницю: природа в своїй глибині містить рослини, коріння чи листя яких виділяють соки, що піднімають настрій, надають сил, роблячи життя, хоча й ненадовго, «щасливим».

Ще в ранньому палеоліті (40000 — 10000 pp. до н.е.) відбулося перше знайомство людини з наркотиками. З документів та історичних довідок відомо, що

шумерійці, китайці, індійці, греки, ацтеки і племена Сибіру добре знали дію деяких наркотичних рослин, використовували їх для своєї мети.

Наприклад, про один із таких видів наркотиків — гашиш говориться в „лікувальнику” китайського імператора Шен-Нуна (в 2737 р. до н.е.), як про ліки від кашлю та розладу шлунку.

У релігійних цілях стародавні культури використовували галюциногенні гриби, здатні змінювати стан свідомості, викликати галюцинації релігійного характеру.

Перший медичний препарат, виготовлений з опіуму, прописав хворому в XVI ст. відомий Парацельс.

За останні роки зловживання наркотичними засобами, психотропними речовинами та їх незаконний обіг набули масового характеру і в Україні.

Практика свідчить, що основною сировинною базою наркоманії в Україні є мак. Споконвіків насіння, на перший погляд, мирної сільськогосподарської культури використовувалося як продукт харчування. Наркоотрута містить не воно, а головки маку. На жаль, в останні роки пелюстки цієї рослини вкрили пеленою журби не одну українську оселю. Незважаючи на чисельні укази, постанови, інші нормативні акти, які забороняють висівання та вирощування маку, люди свідомо, а чи й ні сприяють розповсюдженню наркоманії. З кожним роком кількість виявлених та знищених органами правопорядку незаконних посівів маку та коноплі зростає у 10 раз.

Україна сьогодні нагадує людину, яка тільки втягується в це лихо і поки що „бавиться” так званими легкими наркотиками. Інтенсивна міграція населення, потоки вантажів, а також історично зумовлені соціальні та культурні зв'язки між країнами СНД сприяють збільшенню надходжень в Україну наркотиків іноземного виробництва.

Існує чимало різновидів наркотиків — „популярних” і мало знаних в світі. Та всі вони без винятку, несуть смертельну небезпеку, над якою, на жаль, задумується далеко не кожен.

Різновидність наркотиків і їх згубність

Опіати. Наркотики з групи опіатів, які включають опій, морфін, героїн та кодеїн, отримують з висушеного молока опійного маку. Він вирощується в 2 районах світу: Золотому Трикутнику (Бірма, Лаос, Таїланд) та Золотому Півмісяці (Пакистан, Іран, Туреччина). Існує також декілька синтетичних опійних анальгетиків, зокрема, метадон, петідін та діпіпанон. Вживання надмірних доз опіатів призводить до придушення дихального центру, негативного впливу на мозок, посилення респіраторної дисперсії і, найстрашніше, — до непритомності і смерті.

Анальгетики. Група психотропних речовин, що використовуються для послаблення болів різного ступеня, не порушуючи свідомості, є наркотичні та ненаркотичні анальгетики.

Морфій. Широко використовується під час сильних болів. Наркотик вживають у вигляді ін'єкцій, нюхають або ж курять. Він не є особливо популярним, оскільки

його негативний вплив на організм людини зумовлюється частим запамороченням та блювотою.

Героїн. Більшість його вирощується в Афганістані, виробляється в Пакистані чи Туреччині. Це білий порошок, який легко перевозити контрабандою. Виготовляється з морфію.

Однак надмірність вжитого наркотику може призвести до коми та смерті внаслідок зупинки дихання. Слід пам'ятати про відчутну психологічну залежність, яка нерідко виявляється сильнішою від фізичної. Не випадково героїн належить до категорії особливо небезпечних наркотиків. Його обіг в Україні заборонено.

Метадон. Синтетичний опійний анальгетик з продовженою тривалістю дії. Вживання його 1 раз на день особами, залежними від опію, відвертає розвиток абстинентного синдрому.

Петідін. Перший цілком синтетичний опіат. Надзвичайно ефективний анальгетик, який широко назначають після операцій та під час пологів.

Кодеїн. Для ін'єкцій. Ще один алкалоїд, який знаходять у сирому опії. Це анальгетик менш ефективний, ніж морфій, і тому вживається для полегшення болю незначної або середньої сили.

Кокаїн. Це алкалоїд, який отримують з куща коки. Ростає в країнах Південної Америки (Перу, Болівія, Колумбія). Кокаїн вперше виділений в 1858 р. Його вживали під час лікування чисельних психіатричних хвороб, включаючи залежність від морфію. В даний час він наявний лише у формі крапель або як місцевий анальгетик.

Канабіс. Видобувають з індійських конопель. Негативні психологічні ефекти можуть бути різними: від слабкого приступу до гострої реакції.

Наркоманія — справжнє зло всіх країн світу. Ця хвороба викликана систематичним вживанням наркотиків, більшість з яких рослинного характеру. Вона виявляється синдромом змішаної реакції, психічної і фізичної залежності. Учені стверджують, що небезпечний кожний наркотик, навіть одноразове вживання залишає слід у нервових клітинах мозку, у печінці, нирках і м'язах серця. Людину переслідує відчай, неспокій, дратівливість, нетерпіння, біль у кістках, м'язах, вона страждає від важкого безсоння або жахливих снів. Збуджується нервова система, виникає екстаз, хворобливе захоплення і галюцинації.

2.7. СЕРЬОЗНА РОЗМОВА ПРО НАРКОТИКИ

(текст бесіди в допомогу соціальним працівникам та волонтерам, які здійснюють просвітницьку роботу серед учнівської молоді)

Зараз поговоримо про одну з найважливіших проблем, з якою кожен може зіткнутися.

Ця проблема - наркотики. Кожен повинен володіти інформацією про них для того, щоб змогти протистояти.

Одні види наркотиків одержують з рослин, інші виробляються хімічним способом.

Людина, що всерйоз захоплюється наркотиками, поступово потрапляє до злочинного середовища. Світ наркоманів і злочинців жорстокий, і людське життя

тут нічого не варте. Відомо, що для здобуття грошей на наркотики наркоманам доводиться красти, грабувати людей, продавати наркотики, навіть займатися проституцією.

Наркотики і злочинність йдуть у парі. Звичайно, усе починається з дрібних крадіжок у магазинах або з кишенькового злодійства, а закінчується більш серйозними злочинами - пограбуваннями, розбоєм і насильством.

У всіх країнах торгівля наркотиками контролюється злочинним світом. І майже скрізь здобування, виробництво, зберігання, розповсюдження та вживання наркотиків знаходиться поза законом.

У людей, які вживають наркотичні речовини, виникає велика проблема матеріальної залежності від тих, хто забезпечує наркотиками. Уникнути її практично неможливо. За законом суворо переслідуються навіть ті, хто виконує дрібні доручення торговців наркотиками в якості плати за наркотики. А результат – ув'язнення.

Згідно Кримінального Кодексу України від 05.04.2001 року ст.307 - незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів карається позбавленням волі на строк до від 3-х до 8-ми років.

Ст.316 - незаконне вживання наркотичних засобів карається обмеженням волі на строк до 4-х років або позбавленням волі па строк до 3-х років.

НАШ ОРГАНІЗМ ТА НАРКОТИКИ

Звичайно, що люди, які приймають наркотики, не відзначаються міцним здоров'ям. Якщо людина провела вечір в наркотичному тумані, навряд чи вона вранці побіжить у тренажерний зал. Достатньо придивитись до передчасно постарілого обличчя наркомана, щоб переконатись до чого призводить такий спосіб життя.

У людей, що приймають наркотики, спостерігаються провали в пам'яті та галюцинації. Найбільш негативно наркотики впливають на психіку. Багато з тих, хто приймає такі наркотики, як екстазі або героїн, впадають в депресію і навіть думають про самогубство, тому що їм стає все складніше отримати „заряд бадьорості” від наркотиків.

Дуже небезпечно вводити наркотик за допомогою шприца, особливо якщо використовуються багаторазові голки або шприци.

Багато наркоманів хворіють на вірусні інфекції і такі тяжкі, як гепатити В та С, СНІД. Ці захворювання практично не лікуються і призводять до смерті.

Вірус гепатиту В руйнує клітини печінки. Ефективних ліків проти нього немає. Щоб поліпшити стан здоров'я хворого, йому доведеться провести багато часу у лікарні. Але тривале лікування зовсім не гарантує позитивних результатів.

Причина захворювання на СНІД - зараження вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), що руйнує імунну систему людини, тобто організм, уражений вірусом, не може протистояти інфекціям, і будь-яке захворювання стає смертельним. ВІЛ передається через кров, тому люди, які використовують для введення наркотичних речовин той самий шприц, неминуче заражають один одного цією страшною хворобою.

Люди часто не усвідомлюють загрози, яка пов'язана із вживанням наркотиків, не думають про наслідки поганої звички. Ті, хто стає на дорогу, що веде від експериментів до залежності, зазнають значних змін. Вони відсторонюються від друзів і родичів, перестають цікавитись навчанням, ізолюються від оточення, стають агресивними і некомунікабельними, часто втрачають фізичну форму.

Тим, хто починає приймати наркотики, слід чітко усвідомити, що відмовитись від цієї звички буде нелегко, тому що у таких людей виникає психічна та фізіологічна залежність. Вони мріють тільки про те, як здобути нову дозу. Потяг до наркотиків не зникає в одну мить. Спочатку людина страждає від нестерпного болю, її лихоманить, в організмі відчувається „ломка”, все тіло зводить судомами. Багато людей не витримують цього стану і знову починають вживати наркотики. Але з кожною новою дозою зупинитися стає все складніше.

Як і при вживанні алкоголю, так і при вживанні наркотиків потрібна велика рішучість, щоб раз і назавжди сказати „ні”.

2.8. ЧИ РЕАЛЬНО СКАЗАТИ „НІ”

(текст бесіди в допомогу соціальним працівникам та волонтерам, які здійснюють просвітницьку роботу серед учнівської молоді)

Не тільки у підлітків, а й у багатьох дорослих виникають проблеми при необхідності відмовитись від пропозиції випити чи вжити наркотики. Іноді люди кажуть алкоголю „так” тільки через те, що сказати „ні” їм досить складно, бо постійно відчувається тиск з боку друзів, традицій, обставин. А щоб сказати „ні”, потрібна сила волі.

А що означає мати силу волі? Це, насамперед, бути людиною впевненою в собі та у власних можливостях. Тоді набагато збільшуються шанси залишитися самим собою, не зрадити свої життєві принципи.

Розглянемо наступні **типи поведінки** для того, щоб зрозуміти, яка з них є найбільш продуктивною.

Пасивна поведінка:

- поступається іншим, нехтуючи своїми інтересами;
- завжди у всьому поступається;
- нічого не намагається зробити для відстоювання своїх прав;
- зберігає мовчання, коли її щось не задовольняє;
- часто вибачається.

І як наслідки цього: не отримує того, що хоче, відчуває самотність, втрачає самоповагу, накопичує невдоволення.

Агресивна поведінка:

- захищає свої права, зневажаючи права інших;
- самоутверджується за рахунок інших;
- пригнічує оточуючих.

Це призводить до того, що людина втрачає повагу та добре ставлення до себе оточуючих, відчуває дискомфорт у колективі, не може розслабитися.

Впевнена поведінка:

- не дозволяє порушувати свої права, але й не ігнорує права інших;

- поважає себе та інших;
- вміє не тільки говорити, але й слухати;
- впевнена у собі та своїх діях;
- відповідає за свої вчинки;
- відкрита почуттям і вміє вільно їх висловлювати.

Впевнена поведінка є найбільш ефективною, бо здатна викликати замість агресії та непорозуміння повагу та захоплення. Людина, яка впевнено відмовляється від небажаної пропозиції, спроможна бути незалежною, сильною і навіть загадковою особистістю. Особистістю, що відрізняється від інших, при чому - у позитивному плані. Також завжди може стати в пригоді почуття гумору. Іноді кілька дотепних слів можуть розрядити напружену атмосферу.

А що ж робити тим, хто хоче, але не може сказати „ні”, тим, хто не відчуває себе настільки сильним, щоб протистояти тиску з боку оточуючих?'

Необхідно почати працювати над підвищенням власної самооцінки. А для цього потрібно засвоїти окремі навички. З першої спроби, можливо, не вийде повністю змінити свій стиль поведінки. Але згодом впевненість стане природним засобом самореалізації.

Існує декілька етапів набуття навичок впевненості. Якщо Ви опинилися в ситуації, де необхідна відмова, спробуємо:

1. Усвідомити суть проблеми. Що нам не подобається в ситуації, яка склалася, і чого ми хочемо насправді.

2. Пояснити своє ставлення до ситуації. Висловимо свої думки і почуття щодо проблеми та поведінки нашому співрозмовнику. (Наприклад: „Я не люблю, коли..”, „Мені не подобається...”)

3. Сформулювати свою відповідь. Чітко формулюємо, якою ми хочемо бачити ситуацію. (Наприклад; „Я хотів, щоб ти...”, „Не міг би ти...”, „Будь ласка, ні...”)

4. З'ясувати, як ставиться співрозмовник до нашого висловлювання. Попросити описати, що він (вона) відчуває або мислить з даного приводу. (Наприклад: „Ти не заперечуєш?”, „Що ти про це думаєш?” , „Яка твоя реакція?”)

5. Уважно вислухати співрозмовника. Нехай він висловить свої думки і почуття.

6. Подякувати. Незважаючи на реакцію співрозмовника, закінчимо розмову словами вдячності. (Наприклад: „Спасибі...”, „Чудово. Я дуже вдячний.”, „Я щасливий, що ти не заперечуєш...”)

Зрозуміло, кожна людина в реальних життєвих ситуаціях знаходить відповіді і приймає рішення самостійно. І відповідальність за вчинки лежить, в першу чергу, на ній.

Але обов'язково треба навчитися правильно приймати життєві рішення, не уникати відповідальності та не бути байдужим.

Ті, хто вже втягнувся, але прийняв рішення позбавитися шкідливих звичок, потребують підтримки, особливо в перший час, який буде найважчим. Дуже важливо запевнити людину, що вона зробила правильний вибір.

Відмовитися від цих звичок непросто. Люди часто намагаються виправдати себе, чому вони не можуть чи не хочуть позбутися їх. Ситуація ускладнюється ще й тим, що людина у молодому віці майже немає досвіду виходу із стресових станів і настільки переймається своїм визнанням серед однолітків, що не вважає

за потрібне звертатись до них за будь-якою допомогою, тому що це може бути сприйнято як ознака слабкості.

Не бійтеся виглядати слабкими. Друзі, якщо вони справжні, завжди зрозуміють та допоможуть пережити будь-які важкі часи.

Якщо Ви відчуваєте, що не в змозі подолати свої проблеми самі, зверніться до людини, якій Ви можете довіритись. Також знайте, що у кожному місті є спеціалізовані заклади чи кабінети, де працюють фахівці, які Вам зможуть допомогти.

***Пам'ятайте!
Завжди є люди, яким Ви не байдужі.***

III. РОЛЬОВІ ІГРИ

3.1. „Потрібно щось робити!”

Мета. Уявлення проблем наркоманії та шляхів її подолання.

Навчальний момент. Познайомити дітей (молодь) з проблемою, з її негативними наслідками. Профілактика вживання наркотичних речовин.

Обладнання. Аркуш паперу, дошка.

Методика проведення:

◆ Поділіть дітей на групи:

- люди, які вживають наркотики;
- лікарі;
- психологи;
- парламент, який має прийняти законодавчі акти з профілактики та боротьби з наркоманією.

◆ Ви пояснюєте ситуацію, яка склалася у вашому місті та в країні з наркоманії, використовуючи медичні та кримінальні дані.

Кожна група відстоює свою точку зору, а парламент з урахуванням думок кожної групи пише законодавчий проект

◆ Всі обговорюють, виправляють та приймають законопроект. При дискусії можна використовувати такі запитання:

- Наскільки складна ця проблема?
- Чи знайомі ви зі статистикою?
- Наркоманія — це хвороба чи соціальне явище?
- Які наслідки вживання наркотичних речовин?
- Які методи профілактики та боротьби вам відомі?
- Покарання чи вплив?

Складений законопроект можна друкувати в газеті школи чи випустити стіннівку.

Альтернативна методика:

◆ Для активного засвоєння діти (молодь) могли б написати та інсценізувати п'єсу про інопланетянина, який відвідує Землю. У плані виконання проекту діти (молодь) могли б зробити стінну виставку з фотокарток, газетних, журнальних вирізок з інформацією про наркоманію.

3.2. „SOS”

Мета. Ця інтригуюча вправа покликана допомогти дітям (молоді) зрозуміти, що наркоманія — недуга сьогодення.

Навчальний момент:

- Розуміння проблеми наркоманії.
- Знайти шляхи подолання цієї проблеми.

Обладнання. Папір, матеріали періодики, медичні посібники, законодавчі акти.

Час. Одна година плюс час на виконання домашнього завдання.

Методика проведення:

◆ Запропонуйте дітям (молоді) уявити себе учасниками дуже важливого космічного проекту. (Стало відомо, що космічні сигнали підтвердили існування розумних форм життя. ООН вирішила послати космічний корабель з інформацією про Землю і проблему, яка існує, — наркоманію, для того, щоб інопланетяни допомогли її вирішенню).

Запитайте учнів, яку інформацію вони б вибрали, щоб послати її цим істотам.

Учні використовують свої знання та посібну літературу. Потрібно знайомити не тільки з проблемою, але і з тим, що зроблено (ліки, покарання, тощо).

◆ Це завдання можна виконувати у вигляді індивідуального проекту, в рамках якого діти мали б можливість запитати батьків та інших людей, яку саме інформацію вони б надіслали. Наприклад, чи послати книжки, фільми, фотокартки, газети, журнали... Якщо так, то як?

◆ Групи можуть швидко обмінятися думками методом мозкового штурму.

◆ Проаналізуйте запропоновані варіанти разом з дітьми. Додайте щось таке, про що вони не згадали. Аналізуючи наукові дані, законодавчі акти, перейдіть до розуміння, чи все зроблено у нас в країні для того, щоб подолати цю проблему.

Запитання:

◆ Що ви подумали б, дивлячись на проблему землян очима інопланетянина?

◆ Як ви думаєте, що подумав би інопланетянин, якби побував у нашій країні і побачив тих людей, кого торкнулась ця проблема? І чи все ми зробили, щоб подолати її?

3.3. «Поліна – Піцца – Прага»

Ведучі дають установку:

«Зараз кожному з вас по черзі необхідно буде назвати своє ім'я, улюблену страву і назву міста, які починаються на першу букву вашого імені. Наприклад: Поліна – Піцца - Прага».

3.4. «Долоня»

Місце проведення: аудиторія.

Кількість учасників: 15 – 30 чоловік.

Час: 10 – 15 хвилин.

Необхідні матеріали: листки А4, олівці, ножиці.

Опис гри: Кожен учасник обводить на листку паперу контур своєї долоні і вирізає її. В центрі великими буквами пише своє ім'я. Заповнена «долоня» передається по колу, починаючи від сусіда з правого боку, який протягом 20 – 30 секунд пише з зовнішньої сторони долоні те, що йому подобається в хазяїні цієї долоні або з чим асоціюється його ім'я. Через деякий час заповнена долоня повертається до свого хазяїна і залишається йому на пам'ять.

II. Вправи, які дозволяють вияснити рівень засвоєння інформації, в ігровій формі доповнити знання учасників, а також закріпити пройдений матеріал.

3.5. «Листок із секретом»

Мета: актуалізація проблеми ВІЛ/СНІДу.

Матеріали: листки формату А8 (1/4 стандартного листка) по чисельності учасників у групі.

Опис гри: учасники розбиваються на пари (бажано, щоб партнери були мало знайомі одне з одним). Кожному видається листок паперу. На одному з них ведучий непомітно (заздальгідь) кладе відмітку на зворотному боці. Учасникам пропонується записати питання, які стосуються теми, відповіді на які вони не знають або сумніваються у правильності своєї версії відповіді.

Далі учасники обмінюються листками і пробують дати відповідь на питання одне одного. Потім учасникам пропонується об'єднатися в четвірки і обговорити питання, які залишилися неясними. І, нарешті, у вісімки, з тією ж метою.

Після цього ведучий запитує: «Чи залишилися сумніви і неясності? Які саме: назвіть питання, на які не вдалося знайти відповідь!».

Далі тренер пропонує групі перевернути свої листки. Той, хто виявив у себе мітку, встає. Ведучий просить встати того, хто працював з цією людиною в парі; тих, хто працював з нею в четвірці і у вісімці. Ведучий говорить: «Так само непомітно, в приємній обстановці, в суспільстві відбувається розповсюдження ВІЛ-інфекції. Люди зустрічаються, веселяться, проводять разом час, люблять одне-одного і часто не задумуються про те, що хтось з них може бути інфікованим». Ведучий збирає листки, проаналізувати їх можна на перерві.

3.6. «Суперечливі твердження»

Мета: ця гра, окрім інформування, дає змогу кожному учаснику вияснити свої погляди на проблему ВІЛ/СНІД, наркоманії.

Матеріали: 4 листки паперу, на кожному з яких написано одне з тверджень: «Абсолютно згоден», «Згоден, але з певними умовами», «Абсолютно не згоден», «Не знаю/не впевнений».

Прикріпіть підготовані листки з твердженнями на чотирьох сторонах кімнати.

Ведучий зачитує по одному з дещо суперечливих тверджень, пов'язаних з проблемою ВІЛ/СНІДу чи наркоманії (залежно від обговорюваної на занятті теми). Після того, як твердження озвучується, учасники одразу ж повинні розійтися і стати біля того листка ватману, який відображає його точку зору. Учасників просять пояснити, чому вони обрали саме ці твердження. Вислухавши різні точки зору, учасники можуть обрати листки з твердженнями, які їм більше підходять зараз.

«Суперечливі твердження»

- Наркоманія – це злочин.
- Легкі наркотики не шкідливі.
- Наркотики підвищують творчий потенціал.

- Наркоманія – це хвороба.
- У багатьох молодих людей виникають проблеми через наркотики.
- Припинити вживання наркотиків можна в будь-який момент.
- Наркоманія виліковна.
- Багато підлітків починають вживати наркотики «за компанію».
- Люди, які вживають наркотики, дуже часто не усвідомлюють, що залежать від них.
- Наркоман може померти від СНІДу.
- Залежність від наркотиків формується тільки після їх багаторазового вживання.
- За зовнішнім виглядом людини можна визначити, чи вживає вона наркотики чи ні.
- Наркоман може померти від передозування.
- Продаж наркотиків переслідується законом.
- Наркоманія невиліковна.
- Введення метадонових програм в нашій країні дозволить наркоманам безкарно отримати «кайф» за рахунок держави.
- Програма обміну шприців стимулює розповсюдження наркоманії.
- Проблема поширення ВІЛ-інфекції і гепатитів В, С стосується тільки наркоманів, проститутток і гомосексуалістів.
- Лікування та реабілітація споживачів наркотиків повинні бути абсолютно безкоштовними, якщо держава хоче вирішити цю проблему.
- Примусове обстеження на ВІЛ – єдиний спосіб стримати поширення інфекції.
- Наркомани – це не люди.
- Сексуальне виховання повинно пропагувати безпечний секс.
- Треба, щоб наркомани могли безплатно отримувати чисті голки та шприци.
- Презервативи мають бути доступні всім не залежно від віку.
- Щоб попередити розповсюдження ВІЛ/СНІДу, необхідно заборонити проституцію.
- Легкі наркотики слід дозволити, щоб вирішити проблему опійної наркоманії.
- Необхідно ввести поголівне примусове обстеження на ВІЛ.
- ВІЛ-інфікована жінка не повинна народжувати дітей.
- Лікар, у якого виявлено ВІЛ, повинен бути усунутий від роботи.
- Всі ВІЛ-інфіковані мають бути ізольовані.
- ВІЛ-інфекція – це покарання за гомосексуалізм, наркоманію, сексуальну розбещеність.
- Нелогічно, що ВІЛ-інфікованих звільняють від служби в армії, але покарання у вигляді позбавлення волі до них застосовується.
- Держава повинна накласти заборону на шлюб для ВІЛ-інфікованих.
- «Проблема СНІДу» роздувається журналістами, насправді вона стосується невеликої і не самої кращої частини суспільства.
- ВІЛ-інфіковані діти не повинні відвідувати спортивні секції.
- СНІД – це один із способів природного відбору, а саме – можливість покращити генофонд людства.

- Це несправедливо, що на пенсії старим людям у держави грошей не вистачає, а величезні суми на лікування ВІЛ-інфікованих знаходяться.

Обговорення: - Які почуття виникли у вас, коли ви думали над цими питаннями? Чи легко було висловлювати свою точку зору перед всіма учасниками, особливо, коли ви виявилися в меншості? Чи легко було змінити свою точку зору?

ПРИМІТКА: Проводячи цю гру, ви можете вибрати будь-яку кількість тверджень, які відповідають поставленій меті.

3.7. «Ступінь ризику»

Матеріали: картки з позначенням ситуацій ризику зараження.

ВАРІАНТ 1.

На підлозі креслиться лінія – ЛІНІЯ РИЗИКУ. На одному її кінці розміщуються картка з написом «ВИСОКИЙ РИЗИК», на другому – «РИЗИК ВІДСУТНІЙ»; картка «НЕВИСОКИЙ РИЗИК» розміщується ближче до середини лінії.

Кожному учаснику дається картка із позначенням ситуації контакту з ВІЛ-інфікованою людиною:

- Поцілунок у щоку;
- Ін'єкція в медичному закладі;
- Статеве життя у шлюбі;
- Переливання крові;
- Користування чужою зубною щіткою;
- Плавання в басейні;
- Статевий акт зі споживачем наркотиків;
- Глибокий поцілунок;
- Догляд за хворим на СНІД;
- Укус комара;
- Численні статеві зв'язки;
- Проколювання вух;
- Проживання в одній кімнаті з хворим на СНІД;
- Нанесення татуювання;
- Обійми з хворим на СНІД;
- Користування громадськими туалетами;
- Укус ліжкового клопа.

Кожен учасник по черзі зачитує напис на своїй картці і кладе її на той відрізок ЛІНІЇ РИЗИКУ, який, на його думку, найбільш точно відображає ступінь ризику зараження ВІЛ, що описаний на картці.

ВАРІАНТ 2:

Учасники діляться на 2 команди, отримують повний однаковий набір карток. Кожна група вистроює свою ЛІНІЮ РИЗИКУ. Ведучий порівнює результати двох команд, обговорюючи помилки. Вистроюється правильна ЛІНІЯ РИЗИКУ.

3.8. «Життя з хворобою»

Мета: усвідомлення учасниками проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, наркоманією; зміну поглядів на проблему ВІЛ-інфікованих, споживачів наркотиків.

Матеріали: невеликі листки паперу, ручки для кожного учасника.

Ведучий видає кожному учаснику по 12 листочків паперу (розміром 5 x 5) і просить написати: на 4-х листочках назви улюблених страв, на 4-х – назви улюблених занять, захоплень, на 4-х – імена близьких людей чи коханих.

Варіант для теми «ВІЛ/СНІД»

Коли всі учасники готові, ведучий говорить, що таке небезпечне захворювання як СНІД вимагає від людини великих жертв і просить обрати і віддати по 1 улюбленій страві, заняттю, близькій людині. Далі хвороба вимагає наступних жертв і учасники віддають ще 3 листки. Після цього ведучий сам проходить по колу і забирає, не дивлячись, по 1 листку у кожного учасника. Все, що залишилося в учасників – це варіант того, що хвороба може зробити з життям будь-якої людини.

Після цього учасники обговорюють психологічні наслідки незахищених сексуальних контактів як варіанту необдуманого поведінки (розчарування, психологічна чи сексуальна травма, відчуття самотності, тривога з приводу свого здоров'я, страх перед вагітністю чи ІПСШ, незадоволеність своєю сексуальною поведінкою, страх перед розголосом, тривога з приводу подальших стосунків і т.д.)

Варіант для теми «Наркозалежність»

Коли всі учасники готові, ведучий говорить: «Давайте поставимо себе на місце людини, яка потрапила у залежність від наркотиків, щоб краще зрозуміти, що може відбуватися в його житті. Отже, людина обрала задоволення, яке вона отримує від наркотиків. За будь-яке задоволення потрібно платити... і не тільки грошима. Тому прошу віддати по 1-й картці з улюбленою стравою, заняттям, близькою людиною». Далі залежність вимагає наступних жертв і учасники віддають ще 3 листки. Після цього ведучий сам проходить по колу і забирає, не дивлячись, по 1 листку у кожного учасника, це символізує те, що споживач наркотиків не може контролювати ситуацію. Все, що залишилося в учасників – це варіант того, що наркоманія може зробити з життям людини.

Обговорення:

Як себе почували учасники під час гри?

Як себе відчувають зараз?

З ким (або з чим) важче було розлучатися?

Після гри обов'язково проводиться емоційна розгрузка, щоб вивести учасників з ігрової ситуації. Її текст може бути таким: «Те, що відбулося зараз, було тільки грою. Я сподіваюся, що це ніколи не торкнеться вас і ваших близьких. Я сподіваюся, ніхто з вас не стикатиметься з такою ситуацією в своєму житті. Все це було тільки грою і закінчилося разом з грою... і т.д.» після цього учасники діляться пережитими почуттями.

Якщо емоційне напруження в групі залишається високим, зробіть невелику перерву (5 хвилин) чи проведіть невелику вправу на зняття тривоги.

Коментар:

Необхідно бути обережними при проведенні даної гри, оскільки у групі можуть бути учасники, які спробували наркотик або які знаходяться на тій чи іншій стадії залежності. В цьому випадку гра може мати різний вплив: з одного боку, показати наскільки небезпечно подальше вживання, а з іншого – змусити відчувати безвихідь. Ще раз нагадаємо: заповідь тренера, як і лікаря – не нашкодь! Якщо ви поки не впевнені у власних силах, краще обрати простішу гру.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Віл-інфекція і СНІД. – 2-ге вид., 3-55 перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 636 с., іл.
2. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К.: Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. – 620 с.
3. Люди и ВИЧ: книга для неравнодушных. – 4-те вид. / відпов. ред. О. Пурик. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006. – 633 с.
4. Инновационные подходы в профилактике ВИЧ-инфекции: пакет справочных материалов / скл. В.М. Биков та ін.. – Мінськ: Ковчег, 2006.- 350 с., іл.
5. Створення безпечного Чесько-Закарпатського транзитного простору з погляду превенції поширення ВІЛ/СНІД. Збірник. – Прага, 2005. – 176 с.
6. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол). / МОЗ. – К., 2006. – 119 с.
7. Социально-психологическая работа с ВИЧ-позитивными детьми и их семьями: процесс раскрытия ВИЧ-статуса ребенку: Методическое пособие. / Под общ. ред. канд. пед. наук Н.Ф. Романовой. – К.: Инжиниринг, 2010. – 148 с.
8. Інформаційно-методичні матеріали з профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДУ. Профілактика ВІЛ-інфекції: дієві методи.// Психолог. № 41, 2003.
9. Введення в соціальну роботу. Навчальний посібник. - К.: Фенікс, 2001. – 288 с.
10. Григорьев С.И., Гуслякова Л.Г., и др. Теория и методология социальной работы. - М.: Наука, 1994.
11. Мигович І.І. Соціальна робота (вступ до спеціальності). - Ужгород, 1997. – 191 с.
12. Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні : Аналіт. огляд. - К.: Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. - 31 с.
13. Що таке СНІД і ВІЛ ? // Психолог. - 2005. - Березень (№ 12). - С. 2-5.
14. Педагогічна психологія / За ред. Л. Проколієнка. – К. 1991. – 181 с.
15. Аналітично-статистичний довідник „ВІЛ-інфекція/СНІД в Україні”, Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, 2002 - 124 с.

16. Навчально-методичний посібник „Комуникативні техніки зміни поведінки підлітків та молоді”, Фонд Народонаселення ООН (UNFPA), 2008. – с. 135.
17. Моделі первинної та вторинної профілактики вживання наркотиків та інфікування ВІЛ/ПСШ, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, 2008. – с. 79.
18. Аналітичний звіт „Оцінка ефективності програми центрів ССМ щодо профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі”, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, 2003. – с. 75.
19. Збірник матеріалів „Теренна і контактна робота в Закарпатті: Програма допомоги наркоманам і працівникам секс-індустрії”, Фонд „Open Society Fund”, 2009. – с. 13.