

## СЕКЦІЯ VI. МОЛОДЬ ЗА ЗДОРОВУ НАЦІЮ

**ДАЦЕНКО ЯНА**

*Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова*

### **ПРОБЛЕМА МОЛОДІЖНОЇ НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ**

З кожним роком наркоманія постійно «молодіє». 78% наркозалежних — люди до 30 років [4]. При цьому середній вік споживачів наркотиків щорік зменшується. Усе більш актуальною стає проблема підліткової наркоманії. Деякі фахівці рахують ситуацію з молодіжною наркоманією ще загрозливішою. Не можна не відзначити зростання кількості злочинів, що здійснюються наркоманами.

Начальник Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС в Україні М.Андрієв повідомив, що лише за 2010 рік наркоманами, які знаходяться в стані наркотичного сп'яніння здійснено майже 4 тисячі злочинів корисливо-насильницької спрямованості, серед яких, — 13 вбивств і замахів на вбивство, 3 факти нанесення важких тілесних ушкоджень, 49 розбійних нападів, 127 грабежів, 593 крадіжки.

Спеціальні дослідження підтверджують, що в Україні проживає більше півмільйона споживачів ін'єкційних наркотиків, 80% з яких — носії ВІЛ/СНІДУ [2]. Якщо узяти до уваги всіх наркоманів (токсикоманів), які віддають перевагу іншим дорогам введення наркотичних засобів, то їх число перевищує мільйон. Тому проблема молодіжної наркоманії в Україні на сьогоднішній день постає актуальну та потребує нагального вирішення.

Молоді необхідно усвідомити, що вживання наркотиків не просто шкодить здоров'ю людини, а й знищує, вбиває її. Дослідження показали, що середній вік початку прийому наркотиків — 13 – 15 років, а в деяких містах нашої країни ще менший — 9-13 років. Наркоманія - це важка хвороба, яка дуже швидко розвивається. Середня тривалість життя людини після початку регулярного прийому наркотиків становить 7 років [2]. Як свідчать соціологічні дослідження, часто вживати наркотики починають зовсім випадково, через цікавість. Молодь «знайомиться» з наркотиками на дискотеках і вечірках, в компанії з друзями. Існують й інші причини збільшення кількості наркоманів, а саме: економічна криза, безробіття, проблеми в особистому житті. Все це змушує людину за допомогою наркотиків шукати «кращого життя», але це життя без майбутнього.

Незважаючи на те, що зловживання наркотиками стало однією з найгостріших світових проблем ХХ ст., досвід вживання людьми наркотичних речовин вимірюється тисячоліттями. Масове вживання наркотиків в Європі почалось в XIX ст., коли група інтелектуальних авантюристів почала експериментувати, вживаючи наркотики, які привезли з Єгипту та Індії.

Процес звикання до наркотику розвивається поступово протягом тижнів, місяців і, навіть, років, тому важко визначити межу часу, на котрій людина стає наркоманом. Але навіть незважаючи на термін виникнення залежності, життя наркомана зазнає кардинальних змін, коли це відбувається. Тоді всі його дії спрямовані на те, щоб дістати наркотики, які стають єдиним засобом на світі, який здатний принести йому задоволення. Сім'я, друзі, навчання, здоров'я — все це віходить на другий план. Усі наркомани, незважаючи на те, чим вони займаються, де живуть, скільки у них грошей, який їх рівень розумового розвитку, в цьому відношенні живуть однаково. Їх перша думка одразу після пробудження — де і як дістати наркотик. Немає такої жертви, яку не можна було б принести заради наркотику.

Наркоманія — це важке захворювання, що завдає серйозної шкоди здоров'ю, приводить до деградації особистості, інвалідності і смерті в молодому віці. Наркомані є найбільш небезпечною групою ризику захворювання на СНІД (серед хворих на СНІД 70% це наркомани) [3].

Наркоманія поширюється за законами епідемії: хворий на наркоманію втягує в свої тенета все нові і нові жертви. Ті, хто вживають наркотики, без них вже обйтись не можуть, і дози їх з кожним днем все збільшуються.

Наркоман стає рабом цієї хороби. Розповсюджувачі наркотиків пропонують їх безкоштовно доти, поки людина не стає залежною від них. Потім вона приноситиме їм гроши, до речі досить велики. Відсутність грошей штовхає наркоманів на злочин.

Багато вчених стали розуміти шкоду, завдану наркотиками, і виступати що до контролю над їхнім вживанням. І що ширше розповсюджуються наркотичні засоби, то швидше приходить розуміння й усвідомлення хворобливих наслідків їх вживання.

Стаючи залежною людина приносить величезні жертви: власне здоров'я, здоров'я дітей, щастя близьких, шкода оточуючим і всьому суспільству. Прийомом наркотиків людина прирікає себе на повільне самогубство. Кінець наркоманії завжди драматичний — це життєва катастрофа.

Наркотичні речовини руйнують всі органи, але передусім вони згубно впливають на центральну нервову систему, яка є для них основною мішенню, тому наркотики називають нейротоксичні явища:

Наркотична речовина вільно проникає в мозок і насичує його тканину. Це спричиняє нейротоксичні явища: настають кисневе голодування і порушення провідної регуляції між основними центрами нервової системи.

Великі дози наркотику спричиняють втрату чутливості, параліч нервових закінчень, а також загибель нервових клітин мозку.

У тих осіб, які почали вживати наркотики у період становлення особистості (у підлітковому віці) протягом 2-5 років формуються стійкі патологічні особистісні зміни, їх поведінка стає психоподібною. Якщо наркоманом стають у пізнішому віці деформація особистості менш виражена, але спостерігається значне зниження пам'яті не лише на поточні дії але й зберігається запас знань.

Як правило, третина наркоманів вмирають протягом 5 років після початку вживання наркотиків, звичайно середній вік життя хронічного наркомана не перевищує 30 років, тому що організм не може витримати постійного виснаження [5]. Смертність серед любителів наркотиків дуже висока.

В Україні 2006 року від наркотиків померло близько 100тис.людів. Кожного року від наркотиків помирає майже 70тис. осіб, 2007 року зафіксовано 8715 нових випадків наркоманії. Останнє опитування 2008 року (1050 осіб) показало, що наркомани становлять: серед учнів-22,6%; серед студентів ПТУ-5,9%; серед студентів ВНЗ-58,1%. [4]

Зростання наркоманії – це і зростання захворюваності на СНІД.

Зв язок наркоманії і злочинність знаходиться у прямій залежності. Патологічна тяга до наркотичних речовин виявляється стимулятором до корисливих вівіств, якими переслідується мета заволодіти наркотиками або грошовими коштами для їх придбання. У цьому разі значна частина злочину здійснюється під впливом наркотиків.

Отже, хворий на наркоманію втрачає свою людську суть, а суспільство втрачає особистість і бере на свої плечі витрати на утримання наркозалежного індивіда, інваліда, утриманця.

Людство з великим запізненням стало вживати широкомасштабних заходів з боротьби з цим злом.

Певні служби з'явилися у Великобританії в 1968 році було організовано інститут з вивчення лікарської залежності. В ООН було засновано спеціальний відділ з наркотичних засобів, що виконує різноманітні функції включаючи і надання допомоги країнам у боротьбі з наркоманією. Проблема наркоманії стає актуальною у всьому світі. Тому останнім часом що року проводяться міжнародні форуми і конференції для розв'язання проблем боротьби з наркотиком і питань усунення їх нелегального виробництва і торгівлі. Тим часом сьогодні серйозне занепокоєння викликає стан наркотизації населення, який перебуває на стабільно високому рівні.

Держава має забезпечити центрами соціальних сфер для молоді просвітницьких заходів через мережу спеціалізованих служб для дітей, молоді, іхніх батьків з питань профілактики наркоманії, пропаганди здорового способу життя та формування практичних навичок протистояння шкідливому впливу наркотиків.

Наркоманія – медико – соціальна проблема, тому вимагає комплексного підходу як у клінічному, так і в соціальному плані.

Боротьба з наркоманією в нашій країні ведеться у двох основних напрямках: профілактика і лікування (лікарняна та позалікарняна амбулаторна допомога).

Основний напрям нашої медицини – це профілактика захворювання. Треба проводити боротьбу з наркоманами не лише там, де вони є але і там, де можуть з'явитися.

Профілактика – це складна система комплексних державних і суспільних, соціально-економічних і правових, методико-санітарних психолого-педагогічних і психологічних заходів.

За суттю вона являє комплекс заходів, направлених на забезпечення високого рівня здоров'я людей, їх творчого довголіття, усунення різних причин захворювань, поліпшення умов праці, побуту і відпочинку, охорону навколишнього середовища.

Статистично встановлено, що більшість наркоманів виховувалися в неблагополучних сім'ях. Навіть якщо намагалися уявити, що дитині в такій сім'ї приділено належну увагу (що мало ймовірно), то все одно дітям властиво копіювати поведінку своїх батьків, особливо в дошкільний період, коли вони шукають зразок відповідної для ситуації поведінки.

Захопленість молодих людей у будь-якій галузі знань або мистецтва (поезії, літературі, музиці, живописі та ін.) – один з дійових шляхів нормального, нічим не порушеного психофізичного розвитку, що віддаляє юнаків і дівчат від наркотичних засобів.

Правильним вихованням можна загальмувати схильність до вживання наркотичних речовин. Тому при виховання „важких” дітей і підлітків необхідний максимум уваги і турботи з профілактики можливого розвитку наркоманії.

Використовуючи технологію бесіди лікар викликає у хвого спогади і асоціації, пов'язані з тими моментами в житті, які спричинили душевний дискомфорт. У цьому разі відбувається переоцінка цінностей, усвідомлення причини хвороби, зміна ставлення до неї. Тоді причина ніби - то втрачає актуальність, перестає існувати. На цьому буде зупинитися психотерапевтичне лікування хвого.

Процес лікування не простий, він триває, і на жаль, наслідки лікування залежать не тільки від можливостей медичної науки. Необхідність лікування має бути усвідомлена хворим, його бажання позбутися важкої недуги повинно бути сильним.

Добровільність – це один з основних чинників ефективності лікування.

Лише в сприятливому соціальному середовищі можлива перебудова морально-етичних установок хворого, його трудове перевиховання.

Отже, Україна, яка є невід'ємною частиною світової співдружності, не могла довго перебувати поза глобальною епідемією наркоманії, значущість цієї проблеми у країні зростає з кожним роком.

Але, щоб отримати позитивний результат потрібне вирішення даної проблеми в комплексі. Перш за все, через удосконалення нормативно-правової бази з питань наркоманії, оптимізації діяльності соціальних служб, громадських організацій, вищих навчальних закладів та загальноосвітніх шкіл з рекламно-інформаційною роботою. Також залучення медичних закладів з метою профілактики та лікування наркотичної залежності.

#### Література:

1. Битенский В.С., Херсонський Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркоманія у підлітків. - К.: Здоров'я, 1989.
2. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки/ О. М. Балакірева (кер. авт. кол.), О. О. Яременко, О. Р. Артюх та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. – 174 с.
3. Кокіна В. Урядовий Кур'єр. - 15.07.03. - №122.
4. Рущенко І.П., Сердюч О.О. Молодь та наркотики – К. Здоров'я, 2009.
5. Юнак В.Ю. Наркоманія шлях до бездни – К.: Здоров'я, 2001.
6. www.apteka.ua
7. www.medicinform.net/narco/
8. www.medinks.Ru

*Денисенко Юлія*

*Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»*

## **АЛКОГОЛІЗМ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА: ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ**

Постановка проблеми. Алкоголізм і вживання алкоголю є перешкодою на шляху розвитку будь-якого суспільства і цивілізації в цілому. Соціальні наслідки пияцтва й алкогольму дуже широкі і здійснюють свій негативний вплив на безліч сторін життя суспільства. Медико-демографічні наслідки алкогольної залежності виявляються у зниженні рівня здоров'я, зростання показників захворюваності, передчасної смертності населення, розпаду сімей, бездоглядності дітей, що спричинює, у свою чергу, раннє залучення останніх до пиятики.

Економічні проблеми надмірного вживання алкоголю серед населення працездатного віку пов'язані з прогулами, втратою трудових навичок і матеріальних ресурсів, зниженням продуктивності праці і збільшенням тимчасової непрацездатності через ускладнення інших захворювань тощо.

Особливу тривогу викликає той факт, що пияцтво й алкогольм поширені серед молоді, у тому числі і серед молодих жінок. А тим часом наслідки жіночого алкогольму найнебезпечніші, оскільки вживання спиртних напоїв шкодить не лише здоров'ю матері, а й негативно впливає на її дітородні функції, завдає шкоди організму плода під час вагітності та новонародженному, викликаючи відхилення у психосоматичній сфері немовляти, що впливає на подальший розвиток дитини, в цілому.

Тому вивчення алкогольної залежності, на нашу думку, є одним із пріоритетних напрямків наукового аналізу з позицій медицини, педагогіки, психології та соціальної роботи, оскільки спричинює виникнення різноманітних медичних, соціально-демографічних та інших проблем. Власне це й обумовлює актуальність даної статті.

Метою даної статті є алкогольм як соціальна проблема. Для реалізації поставленої мети були визначені такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття «девіантна поведінка».
2. Розкрити сутність алкогольму та алкогольної залежності як наслідків девіантної поведінки.
3. Охарактеризувати фази алкогольної залежності.

Основний текст статті. Соціальна робота завжди здійснюється в межах «проблемної ситуації», яка характеризується таким станом соціокультурного життя на індивідуальному, груповому, соціальному рівнях, за якого під дією зовнішніх або внутрішніх чинників раніше сталі процеси способу життя, взаємодії людей, їхні динамічні зв'язки з оточенням виявляються порушеними, а механізми відновлення балансу відсутні; при цьому виникає необхідність перегляду звичних соціокультурних зразків, оскільки за обставин, що змінилися, вони втрачають функції засобів підтримки соціокультурного порядку, що приводять до бажаних результатів. Виходячи з такого розуміння «проблемної ситуації» в соціальній роботі, будь-який її клієнт може опинитися в такій ситуації [7, С. 167].

Проблеми девіації та девіантної поведінки досліджуються соціологією, соціальною роботою, правом, психологією, педагогікою, психіатрією та іншими науками.

Значний вклад у вивчення проблеми девіантності та девіантної поведінки внесли зарубіжні дослідники. Перша розвернута теорія аномії належить Е.Дюргейму. Ця проблематика досліджується у ряді концепцій: Р.Мертоном - у теорії напруги, А.Коеном, Р.Клаурдом, Л.Оуліном - в теорії субкультур, Г.Беккером - у теорії стигматизації. Окрім того, слід назвати прізвища Кайзера Г., Кларка Р., Кетле А., Смелзера Н. та інших дослідників, які всебічно проаналізували фактори соціальної дезорганізації та поведінки з відхиленнями.

До низки російських соціологів, які вивчали проблеми девіантної поведінки можна віднести Афанасьєва В.С., Братусь Б.С., Гілінського Я.І., Іоніна Л.Г., Кона І.С., Кочеткова П.В., Ланцова Л.О., Романова Л.І., Сибірякова С.Л., Яковлева О.М. та ін. Серед українських дослідників аналізом девіантної поведінки займалися Демічева О.В., Ніколаєвський В.М., Рущенко І.П., Ходус В.В., Цимбалюк Н.М.

Неважаючи на наявність певної кількості методологічних підходів до дослідження девіації, жоден з них не є домінантним або вичерпаним. Така ситуація обумовлена складністю дослідження проблеми через її багатоаспектність і тим, що девіація входить у коло інтересів різних наук.

Девіантна поведінка – один з видів поведінки з відхиленнями, пов’язана з порушенням відповідних вікових соціальних норм і правил поведінки, характерних для мікросоціальних відносин (сімейних, шкільних) і малих статевовікових соціальних груп [8, С. 311].

Девіантна поведінка (від лат. *deviatio* – відхилення) – система дій і вчинків людей, соціальних груп, що суперечать соціальним нормам або визнаним у суспільстві шаблонам і стандартам поведінки [3, С. 225].

Залежно від способів взаємодії з реальністю та порушенням тих чи інших норм суспільства, девіантна поведінка поділяється на п'ять типів:

- 1) дельінквентна поведінка: порушення дисципліни; проступки; злочини;
- 2) адиктивна поведінка: тютюнопаління; алкогольна залежність; наркотична залежність; токсикоманія;
- 3) патохарактерологічна поведінка;
- 4) проституція;
- 5) суйциdalна поведінка.

Активне вивчення соціальних аспектів алкоголізму почалося наприкінці XIXст. Проблематика алкоголізму висвітлюється у працях таких видатних вчених як Бехтерев В.М., Бородін Д.К., Воронов Д.Н., Дмитрієва В.К., Корсаков С.С., Первушина С.А., на початку ХХ ст. (1900-1915 рр.) - Коровін А.М., Лосицький А.І., Радкевич В.В., Толстой К.К. У 1927 році дослідження проблем алкоголізму було покладено на Інститут соціальної гігієни. На початку 1930-х років вивчення проблеми пияцтва та алкоголізму практично припинилось і відновилось лише у 1960-х роках, коли об’єктом дослідження став виробничий алкоголізм. У восьмидесятих роках різко виріс науковий інтерес до соціальних проблем алкоголізму. З’явились фундаментальні праці Бехтеля Е.Є., Братусь Б.С., Габіані А.А., Гузикова Б.М., Заіграєва Г.Г., Копита Н.Я., Левіна Б.М., Лісіцина Ю.П., Сідорова П.І., Мейрояна В.М. та інші. У працях Габіані А.А., Заіграєва Г.Г., Левіна Б.М. відображені особливості алкоголізації у соціальних групах із низьким соціальним та світовим статусом.

Психологічним проблемам хронічного алкоголізму присвячені праці Братусь Б.С., Валентика Ю.В., Гузікова Б.М., Зав’ялова В.Ю., Короленка Ц.П., Сурнова К.Г.

Можна сказати, що XIX ст. породило, а ХХ ст. збільшило вельми складну проблему для людської цивілізації – проблему алкоголізму. Проблема вживання алкоголю дуже актуальна в наші дні. Зараз споживання спиртних напоїв у світі характеризується величезними цифрами. Від цього страждає все суспільство, але в першу чергу під загрозу ставиться підростаюче покоління: діти, підлітки, молодь, а також здоров'я майбутніх матерів. Адже алкоголь особливо активно впливає на організм, що не сформувався, поступово руйнуючи його [9, С. 65].

Проблема алкоголізму стала особливо актуальна для нашої країни, коли у зв’язку з політичними й економічними реформами кількість хворих цією недугою різко зросло [2, С. 18].

Відносно явища алкоголізму соціального працівника, насамперед, має турбувати таке коло проблем:

- жіночий алкоголізм (зростання кількості жінок, хворих на алкоголізм; відносна швидкість, порівняно з чоловіками, темпів зростання алкогольної залежності й великі труднощі, пов’язані з лікуванням; причини жіночого алкоголізму: самотність, особиста невпорядкованість, схильність до імітації та індукції, прийняття чоловічих форм поведінки, клімактеричні розлади, сексуальні дисгармонії);

- дитячий і підлітковий алкоголізм, перші ознаки якого з’являються до 18 років (злюякність плину, що означає швидке прогресування основних симптомів, розвиток запійного пияцтва, похмілля великими дозами алкоголю, низька ефективність лікування, розпад соціальних і сімейних зв’язків, виникнення психозу; чинники, що сприяють алкоголізації: алкогольне оточення й пов’язані з ним стійкі алкогольні традиції; хитливі та епілептоїдні типи акцентуації і психопатій як характерологічні особливості; властива віку схильність до імітації й об’єднання з однолітками, коли неформальна група стає головним регулятором поведінки; природженість алкогольних синдромів, коли немовлята відчувають фізіологічну залежність від алкоголю в результаті вживання матір’ю спиртних напоїв під час вагітності);

- алкоголь з людей похилого віку, що виникає на основі відчуття своєї неповноцінності й непотрібності, розпаду сім’ї через смерть чоловіка, послаблення здоров’я, погіршення матеріального стану, зміни місця проживання, посилення ізоляції від дітей;

- сімейний алкоголізм, що є причиною сильних внутрішніх конфліктів у сім'ях, їх деградації й розпаду (проблема розлучень: погіршення харчування, що позначається на здоров'ї, передусім, дитини; явище співзалежності типу міжособистісних стосунків, коли все життя сім'ї зосереджене на алкоголі й стає згодом способом життя сім'ї; атмосфера неперебачуваності й двоїстих комунікацій, коли діти відчувають постійне почуття провини і приймають на себе неадекватну відповідальність за долю сім'ї; високий рівень насильства як між старшими членами сім'ї, так і між дітьми й стосовно них) [7, С.171].

Науковці виділяють три різновиди проблем, що пов'язані з уживанням алкоголю.

Проблеми людей, які вживають алкоголь надмірно і постійно: функціональні розлади, втрата самоконтролю, агресивність, нещасні випадки.

Проблеми сім'ї: конфлікти через невиконання подружніх, батьківських і господарських обов'язків, матеріальні труднощі, юнацький алкоголізм і правопорушення.

Проблеми суспільства: включають порушення громадського порядку, нещасні випадки, зниження продуктивності праці, прогули, економічні збитки, спричинені витратами на лікування, допомогу з непрацездатності тощо [6, С.72].

Алкогольна залежність - хронічне захворювання, що розвивається в результаті безконтрольного й систематичного вживання спиртних напоїв і призводить до фізіологічних, психологічних і соціальних розладів [7, С. 171].

Алкогольна залежність формується поступово і визначається складними змінами, що відбуваються в організмі людини. Алкоголь швидко «засмоктує» людину. Заволодіння ним організму має чітко виражені фази.

А) Початкова фаза. Сп'яніння з провалами в пам'яті, «затемнення». Людина постійно думає про спиртне, їй здається, що випила недостатньо. Вона п'є «наперед», і в неї розвивається потяг до алкоголю. Однак вона ще зберігає усвідомлення своєї провини, уникає розмови про свій потяг до спиртного.

Б) Критична фаза. Втрата контролю над собою після першого ж ковтка горілки. Прагнення знайти вправдання своєму пияцтву, опір усім спробам запобігти бажанню випити. Людина звинувачує оточуючих у своїх невдачах. У неї починаються запой, її друзями стають випадкові любителі випити. Вона змушена лишити постійну роботу, втрачає інтерес до всього, що не стосується вина й горілки.

В) Хронічна фаза. Стійкість до вживання спиртного раптово знижується, навіть малі дози спиртного викликають той же ефект, що й великі порції у минулому. Щоденне похмілля. Відбувається деградація особистості. Людина п'є технічні рідини, одеколон тощо. В неї розвиваються безпідставні страхи, біла гарячка, інші психози.

Синдром залежності – поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, при яких вживання речовин або класу речовин починає займати перше місце в системі цінностей індивіда [1, С. 69].

Діагноз залежності може бути поставлений тільки при наявності трьох і більше нижче перерахованих ознак, які виникали протягом певного часу:

1. Сильна потреба або необхідність прийняти речовину.
2. Порушення здатності контролювати прийом речовин, тобто початок вживання, закінчення або дозування вживаних речовин.
3. Фізіологічні ознаки.
4. Ознаки толерантності – такі, як збільшення дози речовини, необхідної для досягнення ефекту, який раніше спостерігався при більш низьких дозах.
5. Прогресуюче забуття альтернативних інтересів на користь вживання речовини, збільшення часу, необхідного для придбання, вживання або відновлення після її дії.
6. Продовження вживання речовини, не зважаючи на очевидні шкідливі наслідки, такі, як спричинення шкоди печінці внаслідок зловживання алкоголем, депресивний стан після періоду вживання речовини, зниження когнітивних функцій внаслідок вживання наркотиків [3, С.230].

Дуже шкідливий вплив на стан здоров'я здійснює вживання наркотиків. А наркотик номер один для молоді – це алкоголь. Алкоголь належить до легальних наркотиків, тобто його вживання та купівля не переслідуються законом. Ставлення у суспільстві до його вживання навіть позитивне, тому можна свідчити про створення алкогольного культу, з усіма його атрибутами і традиціями. Певна частка суспільства створила алкогольного ідола, якому служить, підтримуючи алкогольну традиції [5, С. 22].

ВООЗ виділяє на основі системного підходу такі проблеми, пов'язані із вживанням алкоголю:

1) проблеми осіб, що мають алкогольну залежність: короткочасні функціональні розлади та втрата самоконтролю; агресивність, нещасні випадки; адміністративна відповідальність за перебування у нетверезому стані в суспільних місцях, отруєння алкоголем;

2) проблеми сім'ї: конфлікти в сім'ї, невиконання подружніх, батьківських та материнських обов'язків; втрата поваги, матеріальні труднощі; внутрішньоутробне враження плоду; неправильне виховання та юнацький алкоголізм серед дітей алкоголіків, злочинність;

3) проблеми суспільства: порушення суспільного порядку; дорожньо-транспортні пригоди; нещасні випадки, зниження продуктивності праці та прогули; економічні витрати, пов'язані з лікуванням та допомогою через непрацездатність, з охороною правопорядку.

Девіантна поведінка має складну природу, обумовлену найрізноманітнішими чинниками, що перебувають в складній взаємодії та взаємовпливі.

Фактори ризику девіантної поведінки дітей та молоді:

- соціально-економічні: зниження життєвого рівня населення, майнове розшарування суспільства, обмеження можливостей соціально схвалених способів заробітку, безробіття, доступність алкоголю та тютюну.

- соціально-педагогічні: криза інституту сім'ї, зростання кількості сімей з конфліктними та асоціальним стилем виховання, проблеми пов'язані з навчанням, конфлікти з учителями, слабка система позашкільної занятості підлітків.

- соціально-культурні: зниження морально-етичного рівня населення, порушення кримінальної субкультури, руйнація духовних цінностей, нарощання неформальних молодіжних об'єднань, у яких домінує культ сили, пропаганда ЗМІ західних стереотипів поведінки.

- психологічні: акцентуація характеру, реакція емансипації, реакція групування, потяг до самоствердження, задоволення почуттів, цікавості; бажання виглядати дорослим, інфантілізм, підвищений рівень тривожності.

- біологічні: порушення роботи ферментативної та гормональної систем організму; уроджені психопатії; наслідки спадковості; вплив природного середовища [4, С. 2].

Людина, яка вживає алкоголь систематично, ризикує стати алкоголіком, тобто потрапити у психічну та фізичну алкогольну залежність. Залежність тим важча, чим раніше людина починає пити.

У формуванні алкогольної залежності вирішальну роль відіграють такі фактори:

- соціальні (культурний та матеріальний рівень життя, стреси, інформаційні перевантаження, урбанізація);
- біологічні (спадкова склонність; до 30% дітей, чиї батьки зловживали спиртним, можуть стати потенційними алкоголіками);
- психологічні (психоемоційні особливості особистості, здатність до соціальної адаптації та протистояння стресам) [10, С. 44].

**Висновки.** Боротьба з алкоголізмом – найбільша соціальна і медична проблема будь-якої держави. Навіть незначні дози алкоголю можуть стати причиною великих прикроців або нещастя: травм, автокатастроф, позбавлення працездатності, розпаду сімей, втрати духовних потреб і вольових меж у людини. Проблема подолання пияцтва й алкоголізму є досить актуальною, вона включає економічний, соціальний, культурний, психологічний, демографічний, юридичний і медичний аспекти. Тільки з урахуванням всіх цих факторів можливе її позитивне вирішення.

#### Література:

1. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) [Текст] / А.Й.Капська, О.В.Безпалько, Р.Х.Вайнола.; загальна редакція А.Й.Капської. – К., 2002. – 164с.
2. Братусь Б.С. Психологія, клініка й профілактика раннього алкоголізму [Текст] / Б.С.Братусь // Молодь України. - №25, січень 2001р. – 90с.
3. Капська А.Й. Соціальна педагогіка [Текст]: Навчальний посібник. – К.: 2000. – 264с.
4. Ковальова А.Б. Соціальна робота з дітьми, що мають девіантну поведінку [Текст] / А.Б.Ковальова // Соціальний працівник. – березень, 2007. - № 5 (29) – С.2
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство [Текст]. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
6. Семигіна Т.В. Введення у соціальну роботу [Текст]: Навчальний посібник. – К.: Фенікс, 2001. – 288 с.
7. Соціальна робота в Україні [Текст]: Навч. посіб. / І.Д.Зверєва, О.В.Безпалько, С.Я.Марченко та ін.; За заг.ред.: І.Д.Зверевої, Г.М.Лактіонової. – К.: ДЦССМ, 2004. – 256 с.
8. Соціологія [Текст]: Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Є.А.Подольська, О.М.Дікова-Фаворська. – Житомир, 2007.
9. Шаповал. В.Д. Вплив алкоголю на нервову систему [Текст] / В.Д. Шаповал. // Вісник Медичного Інституту. - №267 від 03.11.2001р.
10. Шугай Т.Й. Профілактика вживання алкоголю серед молоді [Текст] / Т.Й.Шугай // Практична психологія та соціальна робота – 2009. - № 9 – С. 43.

МЕТЛАШЕВСЬКА ОКСАНА

*Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова***КУРІННЯ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ**

Актуальність теми: Україна займає 1 місце у світі за кількістю курців.

В Україні щоденно курить 45% дорослих чоловіків і 9% дорослих жінок; серед молоді курить 45% юнаків і 35% дівчат. За даними ВООЗ та МОЗ України: якщо молодь віком 12-17 років палить, то ймовірність вживання ними геріну у 12 разів, а кокаїну у 51 раз вища, ніж у тих, хто не палить.

За даними ВООЗ України у наш час курять 51% чоловіків працездатного віку в міській і 60% - у сільській місцевості. За 20-річний період поширення куріння серед міських жінок працездатного віку зросла від 5 до 20%. Найбільша частота куріння реєструється серед чоловіків 20-29 років (60% в місті і 70% у сільській місцевості). Розрахунки показують, що з цієї когорти молодих чоловіків 25% помруть передчасно внаслідок хвороб, пов'язаних із курінням, тобто з 3,5 мільйона молодих людей зазначеного віку 587 тисяч не доживуть до 70-ти років. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 викурених за рік сигарет, то в Україні 1500-1800 або 4,5 сигарети в день, тобто приблизно у два рази більше, ніж в середньому на земній кулі.

Кількість смертельних випадків від куріння тютюну набагато вища, ніж від інфекцій, отруті, воєн, і катастроф. Звичка палити скорооче життя людини в середньому на термін від 19 до 23 років.

Мета: дослідити причини та наслідки куріння серед підлітків та молоді.

Куріння і молодь дуже серйозна проблема, і проблема не тільки медична, але і соціальна. У куріння залучені практично всі верстви населення і, що найнебезпечніше, жінки та юнацтво. Це соціальна проблема суспільства, як для тієї, що його палить, так і для некурящеї частини. Для першої проблемою є кинути палити, для другої - уникнути впливу суспільства, що палить, і не «заразитися» їх звичкою, а також зберегти своє здоров'я від продуктів куріння, оскільки речовини, що входять в дим, що видихається курцями, не на багато безпечніше за те, якби людина сама палила і приймала в себе нікотині багато що інше, що входить в засвічену сигарету.

Якщо розглядати цю проблему у світлі окремої соціальної групи, то однією з найактуальніших буде проблема в середовищі учнів середньої школи. Підлітковий вік - це в першу чергу вік створення власної Я, формування самооцінки та вироблення особистісної ідентичності, вік соціалізації. Дуалізм підліткового періоду полягає в існуванні двох конкуруючих потреб: по-перше, потреби формування і доведення собі та іншим власної унікальності; по-друге, навпаки, потреби у груповій принадлежності. Куріння є інструментом, з допомогою якого підліток може ідеально розв'язати ці обидві проблеми одразу. З одного боку, вдаючись до куріння, молода людина ідентифікує себе із «дорослим» світом, демонструє незалежність від авторитетів, здатність іти на ризик, одразу набуваючи якості, яка відрізняє її від некурящеї більшості. З іншого боку, куріння з перших же спроб виступає як інструмент комунікації та між особистості взаємодії. Відомо, що підлітки курять майже виключно у невеликих групах і вкрай рідко наодинці. Куріння є найпростішим засобом відчуття групової принадлежності, який, однак, є практично безперспективним щодо динаміки міжособистісних стосунків. Але асоціація куріння з відчуттям себе частиною групи зберігається на все наступне життя, стаючи справжньою основою у залежності від куріння. Звичайно, соціалізацію, спричинену курінням, цілком обґрунтовано можна вважати уявною, адже спільне куріння у групі не є ані обміном інформації, ані взаємосприйняттям і навіть не може розглядатись як взаємодія, тому що прикурювання, позичання сигарет, сірників та інших ніби-то спільні дії носять при цьому лише формальний, певною мірою ритуальний характер; отже жодна складова спілкування (комунікативна, інтерактивна) не знаходить свого відображення у процесі спільногого куріння. Проте, при цьому присутні певні зовнішні атрибути спілкування: фізична присутність та наявність спільної справи (все того ж куріння), яка в даному разі є тим більше спільною, чим більше вона беззмістовна.

Оскільки вплив однолітків на свідомість учня, що не сформувався дуже великий, тому причин для занепокоєння достатньо багато. Крім впливу тих, що оточують, є особисте прагнення «поспішного дорослішання» властиво багатьом сучасним дітям. Вплив може виходити від батьків, як поганий приклад, і просто від дорослих, що не знаходять в цьому нічого поганого. Дітям необхідна більша увага як з боку батьків, так і з боку вчителів, яким треба більше спостерігати за прагненнями і схильностями учнів. Отже основні причини куріння є:

- виглядати дорослим;
- вплив однолітків, які курять;
- куріння членів сім'ї;
- оточення, реклама;
- поліпшення спілкування;
- стереотип поведінки;
- антистресовий ефект;
- мода, привабливість.

На етапі своєї ініціації куріння виступає засобом уявного спілкування. Звичайно, потреба у такому своєрідному сурогаті виникає в першу чергу в тих осіб, які, в силу особистісних чи соціально-середовищних

причин мають вихідний низький рівень соціальних навичок; до того ж низький не в абсолютному вимірі, а з точки зору власної Я-концепції конкретної особистості. Пригадаємо, що особи з низькою та з високою самооцінкою мають нижчий рівень прийняття оточуючими, ніж особи з помірною самооцінкою. Щодо самооцінки, то фактично вона має також соціальний генез, але при цьому значну роль грають чинники попередніх вікових періодів і, зокрема, великою мірою сімейного виховання. З нашими міркуваннями добре узгоджуються результати дослідження, в якому у курців, порівняно із особами, які не курять, виявлено більшу екстравертованість, незадоволеність в соціальному плані та схильність до домінування.

Сказане наводить на думку, що ініціація куріння у підлітковому віці рідко є свідомим вибором. Звичайно, можна припустити виникнення в окремих випадках першої спроби куріння під дією чистої допитливості. Але немає ніяких сумнівів, що відчуття, які залишає по собі перша сигарета, аж ніяк не сприяють подальшому курінню, якщо брати до уваги лише фізіологічний бік. Фізіологічні ефекти куріння можуть бути порівняні із задоволенням хіба що з надто великою натяжкою. Куріння тютону є особливою, соціальною токсикоманією і паралелізмом курінням, наприклад, тієї ж марихуани, з нашої точки зору, мають проводитись дуже обережно. Перша залежність від куріння виникає не тоді, коли підліток чи дитина опанувала техніку інгаляції тютюнового диму, тамуочи при цьому кашель та задишку, а тоді, коли куріння починає опосередковувати відносини молодої людини із своїм найближчим соціальним оточенням.

Соціальна обумовленість куріння, природно, не усвідомлюється самими курцями. Тут має місце яскравий прояв універсальної похибки атрибуції, коли свою залученість до куріння молоді люди пояснюють переважно не ситуативними, а диспозиційними впливами, створюючи раціоналізації типу я курю, тому що це дозволяє мені зняти напругу. Куріння дійсно може знімати напругу, але не завдяки своїм сумнівним седативним чи анксиолітичним ефектам, а тому, що через переживання уявного спілкування воно здатне тимчасово знімати стан соціальної фрустрації.

Більшість тих, що палять, спробували першу сигарету, будучи підлітками, хоча про шкоду куріння кожен научувся з дитячих років, не кажучи вже про те, що на кожній пачці сигарет написано, що куріння небезпечне для здоров'я. І все-таки, чому підлітки починають палити? Основна причина - це занижена самооцінка! Хлопцям сигарета зазвичай дозволяє відчути себе мужнішим, хоча постійне куріння, навпаки, уповільнює зростання м'язової маси. Дівчина з сигаретою в руках виглядає начебто трохи загадковішою, що додає їй жіночності, але, на жаль, лише в очах подруг. На щастя, більшість чоловіків не люблять жінок, що палять.

Дослідженням, проведеним у Каліфорнії, було охоплено 711 молодих людей з 2004 по 2009 роки. Серед дівчат з більшою ймовірністю кидали курити ті, у кого було менше друзів-курців, чиє куріння не схвалювали батьки, хто на початку дослідження не висловлював наміру продовжувати курити, хто міг категорично відхилити пропозиції закурити з боку однолітків і хто краще вчився в старших класах школи. Серед представників чоловічої статі найчастіше кидали курити ті, хто не мав наміру продовжувати куріння, кому рідше пропонували курити, хто краще вчився і хто жив у повній родині до моменту завершення навчання в школі. Ці результати засвідчують: програми боротьби з курінням серед підлітків повинні враховувати вплив батьків і однолітків, а також бути спрямованими на змінення навичок протистояння соціальному тиску. Запровадження ж окремих програм для юнаків і дівчат є безпідставним.

Крім того, вже згадане іспанське дослідження засвідчило: для тих, хто курив на початку дослідження, факторами припинення куріння були наступні:

- епізодичне, а не регулярне куріння;
- негативне ставлення до куріння загалом;
- відсутність наміру курити в майбутньому;
- брак грошей на кишеневі витрати.

Проведене в Нідерландах дослідження зробило акцент на існуванні двох груп колишніх курців: які не курять (ті, хто спробував смак нікотину і вирішив більше цього не робити), і ті, що кинули курити (колишні регулярні курці). З позицій психосоціальних характеристик, що дозволяють припустити куріння в майбутньому, автори пропонують розглядати наступні фази курильного статусу в підлітків: ті, що ніколи не курили; які вирішили не курити; котрі пробують; ті, що експериментують; регулярні курці; ті, які кинули курити.

Швейцарське дослідження, яке дало змогу зіставити різні характеристики в групах тих, хто не курить, регулярних курців і колишніх курців (у вибірці понад 9 тисяч осіб 15-20 років) виявило, що колишні курці мають спільні характеристики з «регулярними» курцями в показниках, що стосуються соматичного і психічного здоров'я, і більше подібні до некурців за їхніми соціальними і спортивними характеристиками.

Таким чином, огляд міжнародних даних переконує: найбільш загальною прогнозованою ознакою, незважаючи на її удавану суб'єктивність, є відповідь на просте запитання: «Чи курите ви в майбутньому?»

Хоча деяка частина підлітків-курців, що не мають наміру курити в майбутньому, наразі відчувають нікотинову залежність (і це зрозуміло), однак, очевидно, саме цей контингент і є найбільш благодатною мішенню для зусиль щодо припинення куріння.

Крім того, ефективність будь-яких заходів, що стосуються куріння підлітків, може оцінюватися з огляду на те, яким чином ці заходи впливають на наміри підлітків курити (чи не курити) у майбутньому.

## Висновок:

Отже, для того щоб знизити рівень паління серед підлітків, необхідно знизити рівень паління серед дорослих. Тому світова наукова думка рекомендує спрямовувати зусилля не виключно на підліткові профілактичні програми (як свідчить світовий досвід, такі програми, як правило, не є ефективними), а на роботу з дорослими, у першу чергу батьками та вчителями. Зазначимо, що в тих школах, де вчителі не палять, учні палять значно менше. Більше уваги слід приділяти проблемі захисту прав тих, хто не палить. І в себе вдома, і у шкільних туалетах вони вимушенні дихати тютюновим димом. До того ж вони помилково вважають себе меншістю і не вміють відстоювати свої права.

Проблема припинення паління є гострою для багатьох підлітків, але, на жаль, як правило, вона ігноруються. Необхідно використовувати засоби, що є у розпорядженні, та залучати нові, щоб допомогти підліткам звільнитися від згубної звички.

Підліткова громадська думка явно налаштована на користь більш суворих заходів щодо паління. Це стосується і заборони паління у громадських місцях, і жорсткого обмеження реклами. Держава має врахувати цю думку.

Тютюнова індустрія використовує всі засоби для того, щоб діти потрапили в тютюнове рабство, не зупиняючись навіть перед протизаконністю безкоштовної роздачі сигарет підліткам. Це показує усе лицемірство начебто профілактичних дій тютюнової індустрії. Будь-яке співробітництво з тютюновими компаніями, як мінімум, є марним, оскільки немає жодного прикладу, коли б вони реально сприяли зниженню вживання тютюну.

І нарешті, слід ширше залучати значний потенціал самих підлітків. Половина з них під час опитування говорили, що хотіли б узяти участь у заходах проти паління. Програми, які планують і проводять самі підлітки, користуються величим успіхом. Необхідно тільки трошки підтримати їх і надати можливість жити вільним від тютюну життям.

## Література:

1. Валеологія. Підручник. К., 2001.
2. Основи здорового способу життя. К., 2000.
3. Тютюнопаління до народження: проблеми і наслідки. К., 1998.
4. Генкова Л.Л., Славков Н.Б. Почему это опасно.- М.: Просвещение, 1989.
5. Пархотик И.И. Как сохранить здоровье.- К.: Наукова думка, 1981.

**РЖЕПЕЦЬКА НАТАЛІЯ**

Київський національний університет культури і мистецтв

## **ЕКОЛОГІЧНИЙ ТУРИЗМ - НОВЕ ЗНАЧЕННЯ В СИСТЕМІ ЦІННОСТЕЙ СУСПІЛЬСТВА**

Актуальність обраної теми . Як відомо, значна частина сучасних видів туризму орієнтована на використання переважно природних туристичних ресурсів. За кордоном вони були об'єднані під назвою "nature based tourism "(природний туризм). У їх числі і екотуризм. Світовий досвід свідчить, що екотуризм дійсно реальний інструмент реалізації ідеї сталого розвитку. Але разом з тим якщо він знаходиться в руках жадібних і нерозумних людей, то легко може принести набагато більше шкоди, ніж масовий туризм, тому що в основному зачіпає легко руйновані природні комплекси, а також відкриває "натовпам" споживачів раніше невідомі райони.

Сучасне розуміння екотуризму багато в чому змушує переглянути традиційні уявлення про те, які види подорожей відносяться до екотуризму. При цьому традиційні критерії — мотивація подорожуючих і обсяги туристичних потоків — безумовно, важливі, але самі по собі не грають визначальної ролі. Основне питання, що повинні задати собі організатори подорожей до природи, це - який вплив на природне і культурне середовище роблять ці подорожі, до яких наслідків вони приводять?

Зрозуміло, що екотуристичними не можуть вважатися такі подорожі, при яких виконуються лише окремі принципи екотуризму, і безпосереднім результатом яких не є поліпшення охорони природного середовища. У деяких роботах приводяться приклади, коли учасники деяких пригодницьких турів поглиблювали свої пізнання про відвідувані природні території, але це ще не гарантувало позитивного впливу їхніх подорожей. Так, кількість туристів, що приїжджають у Гімалаї, з 1965 року збільшилося більш ніж у 25 разів. Місцеві жителі стали активно виробувати ліс — на паливо для кемпінгів і численних готелів. У результаті на двох найбільших територіях, що охороняються, Аннапурна і Сагарматха, нижня границя лісу піднялася на кілька сотень футів. Хребти, які кілька років назад потопали в заростях рододендронів, перетворилися в незначні пустися, тропи виявилися засмічені, скоротилися популяції багатьох звірів і птахів. В іншому районі Непалу, місцеві жителі брали участь у туристичній діяльності й одержували дохід. Однак «зворотною стороною» цього процесу стало руйнування традиційної культури і сформованої системи зайнятості, соціальне розшарування. Таким чином, хоча відвідувачі

вважали себе екологічними туристами, на ділі вони такими не були, оскільки результатом їхнього відвідування стала деградація природного і культурного середовища.

Багато подорожей по заповідниках і національних парках України, які споконвічно були заплановані як екотуристичні, також мають ряд серйозних промахів і недоліків. Наприклад, нерідко туристів доставляють до місця проведення туру вертолетами або човнами з бензиновими моторами, що лякають тварин і забруднюють водойми. Лише деякі програми передбачають активне залучення відвідувачів у природоохоронну діяльність. Освітній аспект в українському екотуризмі розвинутий поки що слабко.

Екологічний туризм – а) подорож, що передбачає: відвідування природоохоронних об'єктів, в діяльності яких присутня природоохоронна функція (природних, біосферних заповідників, національних природних парків, пам'яток природи, геосайтів та інших місць, де охороняються окрім зразки природних компонентів) з метою репродукції набутих вражень і знань, наукової та творчої діяльності та екологічного виховання; б) вид туризму, що передбачає максимальне «злиття» з довкіллям, утилітарне використання ландшафту, природних компонентів в обсягах, необхідних лише для задоволення основних індивідуальних потреб [2, 229].

Основна ідея екологічного туризму – це, насамперед, турбота про навколошнє природне середовище, що використовують у туристичних цілях. Саме використання в туристичних цілях багатств природи в сполученні з вихованням любові до неї, утвердження важливості її захисту і є відмітною рисою екологічного туризму.

Основна причина повороту до екологічного туризму полягає у не відрегульованості відношень у системі «туризм-екологія». Саме орієнтацією на екологічну складову з метою притягнення туристів можна пояснити підвищенню увагу в останні роки до відвідання місць із незабрудненою природою. Численні опитування туристів показують, що серед головних мотивів туристичних подорожей на перший план все більше висувається прагнення людей до спілкування з природою. Так, в одному з опитувань туристи, які шукають свіжого відпочинку в горах, відповідали, що хочуть дихати свіжим повітрям, бачити чисті струмки, спокійні гори і гірські галечини, на яких пасуться корови, а не розташовуються господарські магазини [3, 28].

Сприяють появі екологічного туризму процеси індустріалізації й урбанізації.

Індустріалізація - процес створення значного машинного виробництва у всіх галузях економіки, насамперед, у промисловості. Вона зосереджується у великих населених пунктах, що мають необхідну робочу силу і розвинуту інфраструктуру, що обслуговує виробництво (дороги, мости, склади, енергетичне господарство, транспорт, зв'язок, водопостачання, науку, охорону здоров'я і ін.). Індустріалізація звужує життєвий простір людей, обмежує їхню рухливість, диктує їм ритм і темп життя.

Урбанізація означає ріст частки міських жителів у складі населення країни. Це - процес підвищення ролі міст у розвитку товариства. Для урбанізації характерна притока в міста сільського населення і зростаюче маятникове прямування населення із сільського оточення і найближчих дрібних міст у значні міста [5, 32-33].

Процес урбанізації необоротний, і ставити його під сумнів - все рівно, що боротися з вітряними млиниами. За прогнозом ООН до 2025 року сто міст планети будуть нараховувати більш 5 млрд. людей.

Урбанізація - це не тільки ріст міст, але і відрив від природи. Люди усе далі відходять від неї зі зміною умов життя в значних містах-мегаполісах. Незмінними супутниками проживання в таких містах виступають відчуженість людей, почуття самітності, надмірні навантаження на нервову систему, що породжують психологічні напруги і ведуть до стресів. Жителі значних міст частіше страждають нервовими розладами, усякого роду захворюваннями нервової системи. У них з'являється природне і цілком з'ясовне бажання війти в природу, щоб у спілкуванні з нею звільнити свою нервову систему від навантажень, що накопичилися в містах [6, 18-19].

Аналізуючи світову практику можна побачити, яких результатів вже досягли країни, де на розвиток екологічного туризму кинули свої зусилля ще в тому сторіччі. Перший у світі національний парк - Йеллоустонський, створений у США в 1872 році на площі 900 тис. га, у рік відвідує 3 млн. чоловік. Кожний з існуючих у світі парків Діснейленда (у штатах Каліфорнія і Флорида в США, у Японії і Франції) приймає в рік 1 млн. гостей. Ця кількість гостей складає 10% загального американського міжнародного потоку туристів.

Курс на розвиток екотуризму в усьому світі сьогодні набуває очевидних форм і цілком конкретний зміст. Є достатні приклади схильності цьому курсу. У квітні 1999 року відчинилася перша черга екологічних парків «Центр Землі», створених на території двох вугільних шахт, що виробили ресурс, недалеко від Донкастера в Південному Йоркширі (Англія). Численні галереї й експозиції знайомлять відвідувачів із різноманітними екосистемами нашої планети, організацією безвідхищих технологій. І навіть дозволяють в інтерактивному режимі побудувати модель майбутнього планети.

Перший у світі екологічний курорт у пустелі відчинився в 50 км від Дубая (ОАЕ). Постояльцям пропонуються 27 бедуїнських шатрів і два королівських съюта. Практично не виходячи зі своїх номерів, вони можуть спостерігати за життям антилоп, страусів та інших мешканців пустелі, що вільно розгулюють по території готелю. На базі цього комплексу створюється унікальний екологічний парк пустелі, де будуть відновлятися її флора і фауна. Крім спостереження за тваринами, в готелі можна кататися на верблюдах, брати участь у сафарі на джипах, змагатися в лижних гонках по барханах і лікуватися. Вважається, що клімат пустелі дуже гарний для лікування астматичних і простудних захворювань [7].

Під час аналізу численних визначень екотуризму можна виділити три основних його складових - екоосвітню, природоохоронну, етнотолерантну.

Екоосвітня складова передбачає наявність в екотурі елементів екологічної освіти та просвіти (пізнання природи, отримання туристами нових знань, навичок та вмінь не просто поведінки у природі, а спілкування з нею).

Природоохоронна складова реалізується у відповідній природозберігаючій поведінці групи на маршруті, застосування спеціальних екологічно-туристських технологій мінімізації впливу на природне середовище, а також участь туристів та туроператорів у програмах та заходах з захисту навколошнього середовища.

Етнотолерантна складова виявляється у повазі інтересів місцевих жителів. Це перш за все шанобливе ставлення до місцевого населення, збереження традиційних систем природокористування, повага та дотримання місцевих законів і звичаїв, а також внесок туризму в соціально-економічний розвиток даної території. Про це нагадує логотип однієї з англійських молодіжних конференцій з туризму (рис. 1.1) [7].



*Рис. 1.1. Логотип англійської молодіжної конференції з туризму*

При відсутності хоча б однієї з цих складових екотуризм неможливий у принципі.

Вибір конкретних методів дослідження диктується характером фактичного матеріалу, умовами і метою конкретного дослідження. Методи с упорядкованою системою, в якій визначається їх місце відповідно до конкретного етапу дослідження, використання технічних прийомів і проведення операцій з теоретичним і фактичним матеріалом у заданій послідовності.

Ресурсами екотуризму є природні рекреаційно-туристичні ресурси (природоохоронні території).

Природні рекреаційно-туристичні ресурси – це геосистеми, до складу яких входять природні об'єкти, що використовуються в туристично-рекреаційному господарстві. До складу їх входять національні природні парки, біосфери та природні заповідники, тощо [1, 38].

Методика дослідження природних рекреаційно-туристичних ресурсів полягає в застосуванні ряду програм для обробки відповідної статистичної інформації щодо забезпечення регіонів України об'єктами природно-заповідного фонду місцевого значення.

Рекреаційна оцінка території. Рекреаційна оцінка території державного природного парку являє собою систему розробок з інвентаризації та оцінки ресурсів, вибору найцінніших із них. Об'єктивною основою для цього є сукупність функціональних показників рекреаційних ресурсів, до яких належать: вид ресурсів, їх обсяги (площа, протяжність тощо). Можлива спеціалізація, ємкість території [1, 39].

Виявлення рекреаційних ресурсів. Рекреаційні оцінці підлягають території, які за властивостями природного середовища, призначенням і станом ландшафтів можуть розглядатися як потенційні ресурси рекреації. При цьому враховується, що рекреаційна придатність природних ландшафтів проявляється лише стосовно окремих видів відпочинку (пішохідний туризм, пляжно-купальний відпочинок тощо).

Характер сполучення ресурсів і параметри компонентів природного середовища визначають можливу спеціалізацію або профіль рекреаційного використання території. У той же час одна й та ж сама територія може розглядатися як потенційні ресурси для різних видів відпочинку, які здійснюються окремо, постійно або в комбінації один з одним.

Для визначення рекреаційних ресурсів виявляється:

- кліматичні умови для окремих, най масовіших видів відпочинку або їх груп, тоді ж за своїми вимогами до клімату;

- природні ландшафти, придатні за естетичними та гігієнічними якостями для рекреації;

Як потенційні рекреаційні ресурси слід розглядати території альтернативного значення (малоцінні сільгospупіддя, землі, що не використовуються та порушені, тощо), які можуть набути рекреаційних властивостей після проведення відповідних заходів по перетворенню ландшафту [1, 39-40].

Технологічна вибірковість ландшафтів. Внаслідок різниці в технології проведення рекреаційних занять при різних видах відпочинку ландшафти звичайно використовуються тільки частково (окрім ділянки, галечини, редини лісу тощо), а значна їх частина залишається невикористаною завдяки недоступності або низьким естетичним якостям. Тому вибірковість одного й того ж ландшафту для різних видів відпочинку різна.

Відносна або абсолютна величина угідь, що відповідають технології певного виду відпочинку, є показником його технологічної вибірковості (ПТВ). У залежності від розмірів території, яка проєктується, ПТВ може бути виражений як площа угідь, так і у відносних величинах (процентах або частках від площі ландшафту).

При визначенні ПТВ слід виходити з того, що окремі ландшафти характеризуються тільки їм притаманними співвідношеннями площи угідь з різними властивостями (лукові галявини, редини лісу, хащі, чагарникові ділянки, урвища або скелі, водойми різної глибини та доступності, тощо). Питома вага або площа цих угідь залежить як від природних властивостей ландшафту, так і від характеру антропогенних змін. Отже величина ПТВ у певних межах залежить від цілеспрямованого формування або перетворення ландшафту.

При визначенні технологічної вибірковості слід враховувати, що кожний вид відпочинку являє собою систему занять, пов'язаних із певними властивостями природного середовища.

Остаточні результати визначення технологічної вибірковості ландшафтів зводяться у таблицю або представляються у вигляді серії картосхем, які відображають можливу вибірковість ландшафтів при різних видах відпочинку, а також складається перелік необхідних заходів по перетворенню ландшафтів, що сприяють бажаній зміні ПТВ [1, 40-41].

Пейзажно-естетична оцінка ландшафту та визначення коефіцієнта відносної вибірковості. Пейзажно-естетичні властивості ландшафтів поряд з їх технологічною придатністю є основним фактором територіального розподілу рекреантів.

Об'єктами оцінки пейзажно-естетичних властивостей ландшафту є:

- Ареали ландшафту, які розрізняються за ознаками їх пейзажної однорідності (лісові, лукові, степові, скельні, болотні), або їх сполучення (лісо-лукові, озерно-болотні). За формами рельєфу ареали можуть бути гірсько-скельні, гірсько-схилові, долонні, тощо. В їх межах можуть виділятися і якісні різновиди ландшафту за ознаками однорідності їх внутрішньої структури, яка залежить від різноманітності видового складу лісоутворюючих порід, характеру мікрорельєфу, кам'янистості або скельності поверхні, тощо. В лісовах районах особливу увагу слід приділяти виявленню напіввідкритих просторів із залисеністю 20-60% та рідколіс до 20%.

- Край та зони контакту різко контрастних ареалів ландшафту або їх ділянок (ліс – лука, вода – ліс, скелі – ліс, тощо). До цієї же групи слід віднести і окремі об'єкти природи пізнавального характеру, які вирізняються унікальністю або індивідуальною своєрідністю (екзотичні форми рослинності, печери, скелі, водоспади, тощо).

- Окремі елементи ландшафту, які відграють роль візуальних акцентів і домінант, забезпечуючи огляд панорами і багатопланових краєвидів (вершини, хребти, окремі видові точки, перевали, тощо).

Критерієм пейзажно-естетичної цінності ландшафту є загальний обсяг інформації про його зовнішню, морфологічну структуру. Остання визначається різноманітністю рельєфу, рослинних угруповань, форм берегової лінії акваторії, тощо. Сполучення цих властивостей із панорамністю та багатоплановістю просторів, які відкриваються, збільшує загальну інформативність ландшафту та його пейзажно-естетичну цінність.

Ландшафти та його територіальні об'єкти (краї, майданчики, ділянки) об'єднуються за цими ознаками в оцінюючі групи від найбільш різноманітних, складних і контрастних із багатоплановими і панорамним оглядом до найбільш простих, монотонних і закритих.

Оціночне пейзажно-естетичне угрупування ландшафтів рекомендується доповнювати характеристикою про доречний режим їх використання. За цими ознаками можуть виділятися:

- унікальні та видатні ландшафти, об'єкти природи, які мають виключне естетичне значення та потребують чітко цільової охорони та спеціального режиму використання;
- цінні ландшафти та об'єкти природи, де рекомендується обмежувати не рекреаційне використання території;
- ландшафти малоцінні та такі, що не мають рекреаційного значення.

При оцінці слід намітити склад можливих заходів, які підвищують пейзажно-естетичні якості ландшафтів.

Складання оціночної картосхеми дозволяє виявити просторову диференціацію пейзажно-естетичних властивостей ландшафтів і визначити найбільш імовірні місця тяжіння рекреантів (зони, осі, вузли, лінії, тощо).

Якість пейзажно-естетичних властивостей ландшафту дозволяє прогнозувати ймовірність переваги одних ландшафтів або їх частин перед іншими (відносна вибірковість).

Показники вибірковості ландшафтів за їх пейзажно-естетичними властивостями може бути відносна густота рекреантів на однорідних за технологічними властивостями угідях або їх сполученнях при обов'язковій рівності інших умов (транспортна та пішохідна доступність, якість обслуговування та ін.).

Оскільки коефіцієнти відносної вибірковості має розрахункове значення для визначення рекреаційної емкості природного парку, то він повинен виражатися у вимірювальних величинах (процентах або частки одиниць). За одиницю може бути прийнята густота відпочиваючих на ландшафтах або на їх ділянках, яким віддається переваги перед усіма іншими ландшафтами даного парку [1, 40-43].

Керувати процесом впливу туризму на природу можна прямо або побічно. Варіант прямого управління включає обмеження загального числа відвідувачів згідно гранично допустимого туристичного навантаження на природні комплекси, зонування природних територій, що особливо охороняються та територій природних об'єктів туристичного показу, використання спеціальних технологій, що мінімізують забруднення

навколошнього середовища. Образно кажучи, це силова політика, заснована на примусі (штрафи, приписи, тарифи, виписка пропусків і т.д.), демонстрації того, як не можна чинити [4, 56].

Непрямий варіант ґрунтуються на зміні поведінки туристів шляхом підвищення рівня освіти, виховання шанобливого, гуманного ставлення до місцевих жителів, тваринам і рослинам і є більш гнучким. Необхідно поєднувати обидва варіанти впливу на туристів, бо кожен окремо не дасть бажаного результату.

У той самий час, за умови правильного розуміння змісту та складових екотуризму, він сприяє соціально-економічному розвитку відсталих регіонів через:

- створення робочих місць для місцевого населення як у туристичній індустрії, так і в суміжних галузях;
- розвиток прибуткових галузей місцевої економіки (готельне господарство, громадське харчування, транспортний комплекс, виробництво сувенірів, народні промисли тощо);
- стимулювання обміну валют;
- розвиток сільського господарства і харчової промисловості за допомогою підвищення попиту на продукцію, що випускається і додаткових інвестицій;
- поліпшення роботи підприємств житлово-комунального господарства і транспорту;
- інвестування раціонального використання туристичних ресурсів (туристичних пам'яток), у тому числі природних територій, що особливо охороняються;
- перехід до інтенсивного сільського господарства, тому що виникає необхідність збереження великих ділянок землі в природному стані;
- розвиток глобальних комунікацій;
- стимулювання охорони місцевої культурної і природної спадщини через постійну увагу до нього туристичної громадськості;
- розвиток рекреаційного комплексу і, як наслідок, підвищення його доступності для відпочинку місцевих жителів.

#### Література:

1. Байдик О.О. Рекреаційні ресурси України: Навчальний посібник. – 2-ге видання перероб. та допов. – К.: Альтерпрес, 2010. – 404 с.
2. Байдик О.О. Україна: стратегія розвитку національного туризму: Навчально-методичний посібник. – К.: ВГЛ «Обрій», 2009. – 236 с.
3. Гетьман, В. Екологічний туризм і духовно-інформаційне спілкування з природою / Володимир Гетьман // Науковий світ. - 2008. - № 7. - С. 28-30.
4. Дмитрук О.Ю. Екологічний туризм: Сучасні концепції менеджменту і маркетингу. Навчальний посібник. – К.: Альтерпрес, 2004. – 192 с.
5. Дмитрук О.Ю. Урбанізація та екологічний туризм: теорія і практика конструктивно- географічного дослідження / Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка . – К. : ВПЦ "Київський університет", 2002. – 76с.
6. Кекушев В.П, Сергеев В.П., Степаницкий В.Б. Основы менеджмента экологического туризма. Учебное пособие. - М.: Издательство МНЭПУ, 2001. – 60 с.
7. Сайт ВТО // <http://www.unwto.org/facts/menu.html>

*Романюк Інга*

*Середня загальноосвітня школя № 292 ім. І. Мазепи*

## **ПАНДЕМІЯ ВІЛ/СНІД ТА СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІСТАНЦІЯ (ВІЛ-ІНФІКОВАНИЙ-СОЦІУМ)**

Актуальність теми. Відношення до інфікованих ВІЛ/СНІД на теренах Радянського Союзу, до якого входила і Україна, загалом було сформоване засобами масової інформації (ЗМІ) ще у 80-х роках ХХ ст. Значна частина упереджень зберігається у масовій свідомості і продовжує формувати ставлення до хворих. Сьогодні проводиться багато досліджень ВІЛ/СНІД, але недостатньо розглянуто питання відношення різних соціальних груп (за професійною приналежністю) до хвороби і хворого та не вивчається дистанціювання інфікованих по відношенню до соціуму, особливо варто знати погляди молоді, позаяк майбутнє за ними, тому для полегшення профілактики ВІЛ/СНІД інфекції дана тема дослідження є актуальною.

Предмет дослідження – ставлення до хвороби і хворих на ВІЛ/СНІД різних соціальних груп в українському суспільстві та дистанція інфікованих по відношенню до соціуму (респонденти підбирались не старше 35 років).

Мета роботи – дослідити характерні особливості взаємного дистанціонування різних соціальних груп та інфікованих на ВІЛ/СНІД.

Виходячи з мети, основними завданнями є: проаналізувати попередні дослідження з даної тематики; дослідити деякі аспекти дистанціонування інфікованих на ВІЛ/СНІД по відношенню до оточуючого соціуму; дослідити особливості зміни ставлення різних соціальних груп (за професійною принадливістю) залежно від ступеня поінформованості.

В дослідженії використанні загальнонаукові, статистичні та соціально-медичні методи дослідження: пошукова діяльність, збір і обробка інформації, літературного аналізу, порівняльного аналізу, анкетування тощо. Питання анкет складались з трьох груп: 1. Виявлення принадливості респондентів до даної соціальної групи. 2. Визначення ступеня дистанціонування інфікованих по відношенню до соціуму./Визначення ступеня поінформованості про СНІД та інфікованих. 3. Виявлення зацікавленості проблемами СНІДу, а саме, необхідністю окремих інфраструктур./Виявлення соціальної дистанції та зацікавленості проблемами СНІДу.

Відправною точкою була гіпотеза, що респонденти соціальної групи ВІЛ-позитивних по різному відносяться до інших хворих та до соціуму взагалі. Другою відправною точкою була гіпотеза, що респонденти різних професійних груп по різному відносяться до хвороби та інфікованих в залежності від ступеня освіченості та поінформованості.

Ступінь розробки тематики. Аналізувались джерела зарубіжної та вітчизняної літератури. Результати досліджень середини 80-х початку 90-х років ХХ ст. дозволяють ознайомитись з динамікою сприйняття цього захворювання різними групами населення та їх відношення до носіїв ВІЛ-інфекції.

Проблематика розповсюдження, контролю та подолання ВІЛ/СНІД в Україні досліджується з різних сторін. Науковець Москаленко В.Ф. аналізував сучасну ситуацію щодо контролю та подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, Голубенко О.О., Галінко Л.І. ґрунтівно висвітлюють проблему профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні. Питання смертності населення, що страждають на СНІД досліджували Г.О.Слабкий. Б.Л.Подлужний. Протидію розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу у великому місті розглядали Г.О.Слабкий, О.В.Юрченко в роботі «Функціонально-організаційна система міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу у великому місті». [1], [2]

В середині 90-х, з винаходами комбінованої терапії, зменшились темпи розвитку захворювання – це, певною мірою, відбилось на відношенні до хворих. Також завдяки масштабним превентивним кампаніям, діям різних організацій, реклами, книгам та фільмам про ВІЛ-інфікованих образ хворих дещо трансформувався.

Серед питань, які піднімають науковці сьогодні важливі наступні:

- Як хворі адаптуються до хвороби;
- Як різні акції впливають на медичні розробки щодо СНІДу;
- Як змінився рівень знань про хворобу у суспільстві;
- Які зміни сексуальної поведінки в епоху СНІДу в різних групах населення;
- Як висвітлюється хвороба в ЗМІ та науковій літературі;
- Як відкриття наукових засобів боротьби вплинуло на уявлення про ризик зараження в різних групах населення.

Мене зацікавили дослідження про те, як різні соціальні групи відносяться до хвороби та хворих. Серед доступних дробоків даної тематики ґрунтівними виявилися наступні дослідження:

1. Р.Гудвін з колегами досліджував дві професійні групи, а саме медичний персонал та підприємців в п'яти країнах Східної та Центральної Європи [Goodwin R., Kozlova A., Kwiatkowska A., et al. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe // Social Science and Medicine. 2003. Vol. 56. P. 1373–1384] Результати показують біополярність уявлень російських респондентів про СНІД. З одного боку людям властивий страх за майбутнє, безпорадність та фатализм. З іншого, зустрічається думка, що проблема СНІДу перебільшена і в найближчому майбутньому буде вирішена. [3]

2. Різні акційні заходи полегшують внутрішньогрупові комунікації та згладжують кордони між групами. Інтеграція хворих у вже існуючу систему координат суспільства виступає, свого роду, захистом від небезпеки, бо таким чином хвороба стає чимось близьким і зрозумілим, а не далеким і небезпечним. До таких висновків прийшов Х.Жоффе [Joffe H. Social representations of AIDS: Towards encompassing issues of power // Papers on Social Representations. 1995. Vol. 4. No. 1. P. 29–40.] Захисна функція соціальних уявлень стає особливо важливою при появлі нової небезпечної хвороби, особливо коли індивіди зіштовхуються з невизначеню та хаотичною інформацією, виходячи з якої неможливо оцінити ризик та підлаштувати особисту поведінку. [4]

3. Київським міжнародним інститутом соціології досліджувалось ставлення політиків, представників ЗМІ та діячів культури до проблеми ВІЛ/СНІД в Україні, чия позиція щодо попередження розповсюдження є вкрай важливою, саме вони формують масову свідомість.

4. Президент фонду соціальних досліджень м. Самара Звоновський В.Б. (канд.соц.наук) в статті «ВІЛ і стигма» у журналі досліджень соціальної політики зазначав, що звичайні люди виокремлюють три дефекти ВІЛ-інфікованих людей: девіантний спосіб життя, «розплачуються за це» тому невиліковно хворий і небезпечний для оточуючих бо є джерелом смертельної загрози. [5]

Україна вважається державою, яка найбільше за інших у Східній Європі постраждала від ВІЛ/СНІД. Визнається небезпека загальнонаціональної епідемії. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, щомісячно через мережу спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів виявляють більше 1500 нових випадків інфікування, щодня у 38 осіб виявляється ВІЛ, 6 помирає від СНІДу.

Незважаючи на певну поінформованість населення про окремі шляхи передачі ВІЛ-інфекції, інтегрований показник знань, який враховує усі можливі ризикові ситуації, складає лише 12%. За даними соціологічних досліджень про ризик незахищених статевих стосунків відомо 87% респондентів, про можливість інфікування при переливанні крові – 76%. Проте значно менша кількість населення поінформована про небезпеку використання нестерильного інструментарію при татуюванні (55%). Про можливість народження у ВІЛ-інфікованої матері дитини з діагнозом ВІЛ-позитивна знають 62% респондентів, про ризик інфікування дитини під час грудного вигодування – 32%. На сучасному етапі політика нашої держави у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом ґрунтуються на вирішенні двох пріоритетних проблем: попередження інфікування та підтримка інфікованих людей.

У липні 2004 р. у Бангкоку в рамках роботи Міжнародної конференції з ВІЛ/СНІДу Україна прийняла рішення приєднатися до спільної Декларації у сфері боротьби з епідемією ХХІ століття. Держави-учасниці декларації визнали, що епідемія ВІЛ/СНІДу сьогодні вже перестала бути винятково медичною проблемою і негативно впливає на соціально-економічний розвиток країн, спричиняючи непоправні наслідки для суспільства.

Країни з недосконалими системами соціального та приватного страхування ризикують отримати катастрофічно великі витрати на лікування і соціальну підтримку хворих. Загальні річні витрати на лікування СНІДу в Україні оцінюються на період до 2014 року 42-629 млн. грн. Такий широкий діапазон зумовлений високим ступенем невизначеності щодо майбутніх витрат на лікування.

В сусідній країні – Польщі з подібними географічно-демографічними характеристиками, інфікованих ВІЛ майже в п'ять разів менше за відсутності центрів та інших спеціальних установ з профілактики/боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Опікуються ВІЛ-інфікованими медики, освітяни, фахівці інших зацікавлених відомств, громадські організації, церкви.

Методологія та результати дослідження соціальної дистанції ВІЛ-позитивних до соціуму:

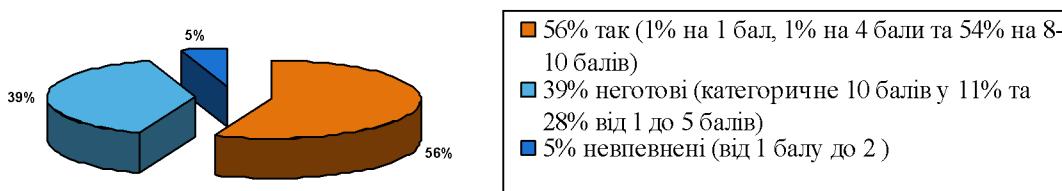
1. Враховуючи визначення поняття соціальна група (сукупність індивідів, що взаємодіють певним чином на основі сподівань кожного члена групи, що розділяються, відносно інших) ВІЛ-позитивних людей було віднесено до окремої соціальної групи.

2. Анкети розповсюджувались цілеспрямовано: підбор респондентів відбувався через специфічні інтернет-сайти та під лабораторією де проводяться дослідження на ВІЛ-інфекцію - особам які щойно отримали результати аналізів пропонувалось взяти участь в анкетуванні, вікова група обмежувалась респондентами до 35 років і складає 30 осіб. Слід зазначити, що були певні складності: оскільки конфіденційність гарантується законом отримати офіційний доступ до списку хворих неможливо; говорити про стовідсоткову чесність респондентів неможливо як в першому варіанті збору інформації, так і в другому (хоча, другий важчий емоційно як для дослідника, так і для хворого, перший, через відсутність особистого контакту з можливістю спілкування і двосторонніх пояснень, відштовхував хворих: «ми не піддослідні кризи»); в анкетах респондент не повинен був зазначати контактний телефон за яким науковий керівник мав би змогу перевірити факт проведення анкетування (все та ж конфіденційність); також, неповністю і неправильно заповнені анкети вилучались та іх дані не враховувались; готовність діяти пропонувалось визначити бальною системою від 1 до 10.

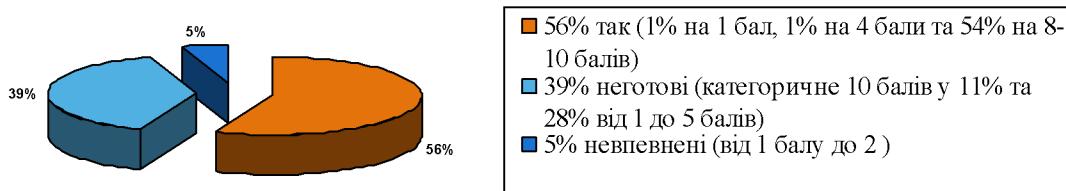
3. В ході дослідження було виявлено, що 60% респондентів готові прийняти в родину ВІЛ-позитивного [від 1 балу до 5 інший штам, 10 балів собі подібні] і 30% не готові прийняти в родину ВІЛ-позитивного [10 балів з 10 якщо мова йде про народження дитини чи інший штам та від 1 балу до 5 інші випадки], 10% виявили невпевненість.

Готовність прийняти ВІЛ-інфікованого як друга, сусіда або колегу респонденти визначили наступним чином: - так 84% [готовність визначалась від 5 до 10 балів]; - ні 16% [з них 8% не готові на 10 балів і 8% на 1-2 бали]; - жоден респондент не сумнівався.

На питання: «Чи можете Ви прийняти ВІЛ-інфікованого як громадянина своєї країни? » відповіді розподілились:

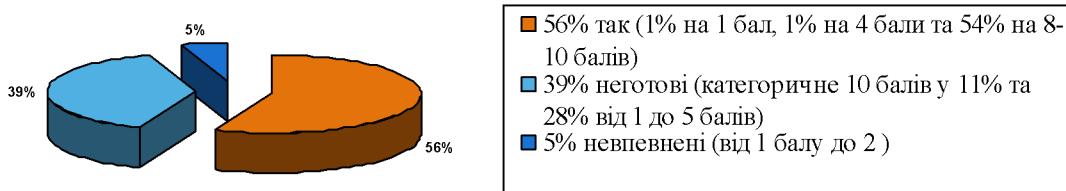


Сприйняття ВІЛ-позитивних як туристів розподілило респондентів так:

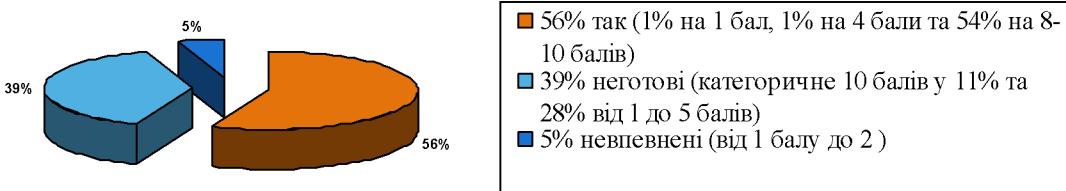


На питання: «Чи була б кращою взагалі відсутність ВІЛ-інфікованих у Вашій країні?» респонденти відповіли 100% так, але з них 96% на 10 балів і 4% на 5-8 балів.

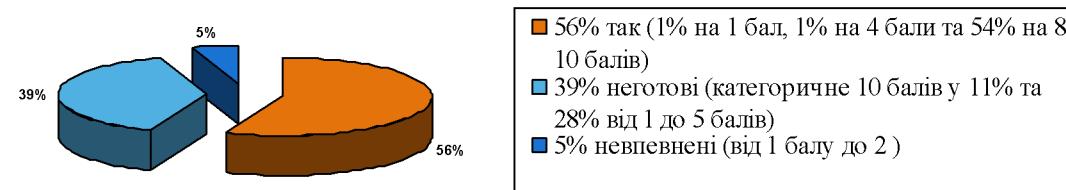
На питання: «Чи потрібно створювати окремі інфраструктури зі спеціально підготовленими фахівцями?» респонденти відповідали:



Чи є необхідність в окремих дитячих садках для ВІЛ-позитивних дітей?



Аналогічне питання стосувалось необхідності в школах:



Серед інших необхідних окремих інфраструктур респонденти пропонували: санаторно-курортні установи, лікарні та поліклініки, особливо стоматологічні кабінети, половові будинки, кабінети довіри – 49% [9-10 балів] респондентів; нічого не пропонували 50% респондентів і 1% [від 9 до 10 балів] пропонували окремі закриті підприємства, а в розмові йшла мова і про місця для поселення.

Серед причин з яких вирішили здати аналізи частіше називають: необхідність довідки для виїзду за кордон – 43%, незахищений секс - 30%, ін'єкції – 22%, необхідність довідки для працевлаштування – 1%, переливання крові – 2%, профілактика або щорічний огляд – 2%, необережна робота з кров'ю – 1 особа.

Характерними були відповіді на питання: «Скільки пройшло часу з моменту прийняття рішення про здачу аналізу до перевірки на ВІЛ?»: тягнули півроку-рік 3%, місяць-два 4%, тиждень – 2%, від кількох годин до 2 днів – 82%, не змогли відповісти на питання 9% респондентів.

Висновок: респонденти соціальної групи ВІЛ-позитивних по різному відносяться до інших хворих та до соціуму взагалі. Спостерігається тенденція збереження дистанції хворих по відношенню до соціуму при наявній потребі підтримки, розуміння та толерантного ставлення взагалі. Державі потрібно створювати відповідні інфраструктури принаймні для інфікованих дітей.

Методологія та результати дослідження уявлень про СНІД та ВІЛ-інфікованих в різних соціальних групах залежно від ступеня поінформованості та освіченості:

1. Враховуючи аналітичний підхід формування вибірки (Паніна Н.В. «Технології соціологічних досліджень») [6] анкети розповсюджувались цілеспрямовано та окремо для кожної з зазначених соціальних груп: - продавці 30 осіб без вищої освіти (з них 15 чол., 15 жін.), - вчителі/вихователь 30 осіб з вищою освітою (з них 15 чол., 15 жін.), - будівельники 30 осіб без вищої освіти (з них 15 чол., 15 жін.). Максимальна однорідність груп підтримувалась підбором респондентів в середині групи за віком, рівнем освіти та місцем проживання (м.Київ). В анкетах респондент повинен був зазначити контактних телефон за яким науковий керівник мав змогу перевірити факт проведення анкетування. Також, неповністю та неправильно заповнені анкети вилучались та їх дані не враховувались.

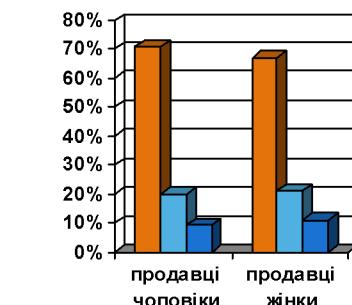
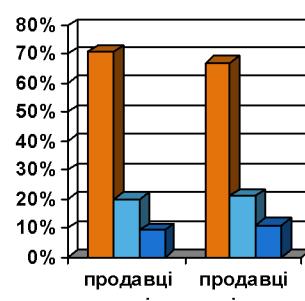
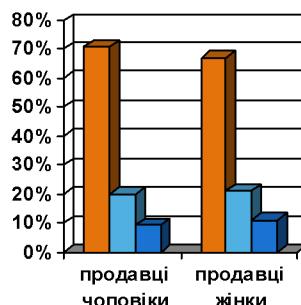
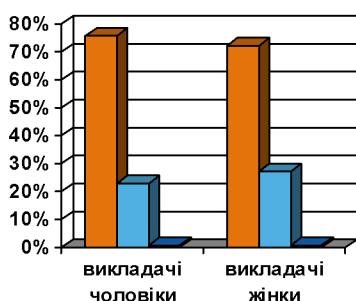
2. При дослідженнях респонденти виділяли наступні фактори розповсюдження ВІЛ:

А) вчитель/вихователь: - рівень життя в державі; - рівень охорони здоров'я; - криза в системі виховання молоді; - недостатня організація проведення вільного часу молоддю; - наркоманія, алкоголь; - нові норми сексуальної культури в суспільстві; - низький рівень поінформованості. Б) продавці: - недбалство медичного персоналу; - недостатня організація проведення вільного часу молоддю; - наркоманія, алкоголь; - нові норми сексуальної культури в суспільстві; - низький рівень поінформованості. В) будівельники: - недбалство мед. персоналу; - наркоманія, алкоголь; - нові норми сексуальної культури в суспільстві. Рідше: - недостатня організація проведення вільного часу молоддю; - низький рівень поінформованості.

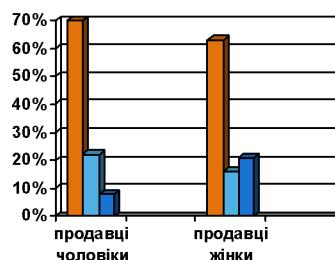
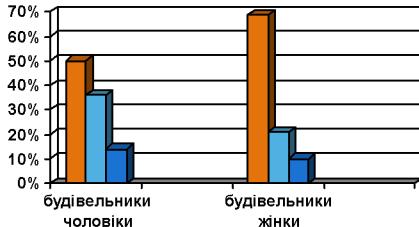
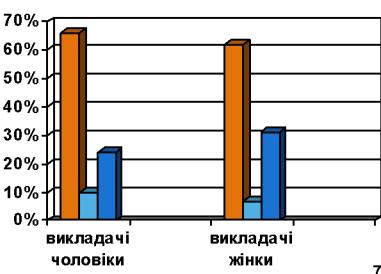
Незважаючи на певну поінформованість молоді про окремі шляхи передачі ВІЛ-інфекції, інтегрований показник знань, який враховує усі можливі ризикові ситуації, складає лише 12%.

3. 100% респонденти досліджуваних соціальних груп зазначають, що СНІД невиліковна хвороба, яка є загрозою для країни.

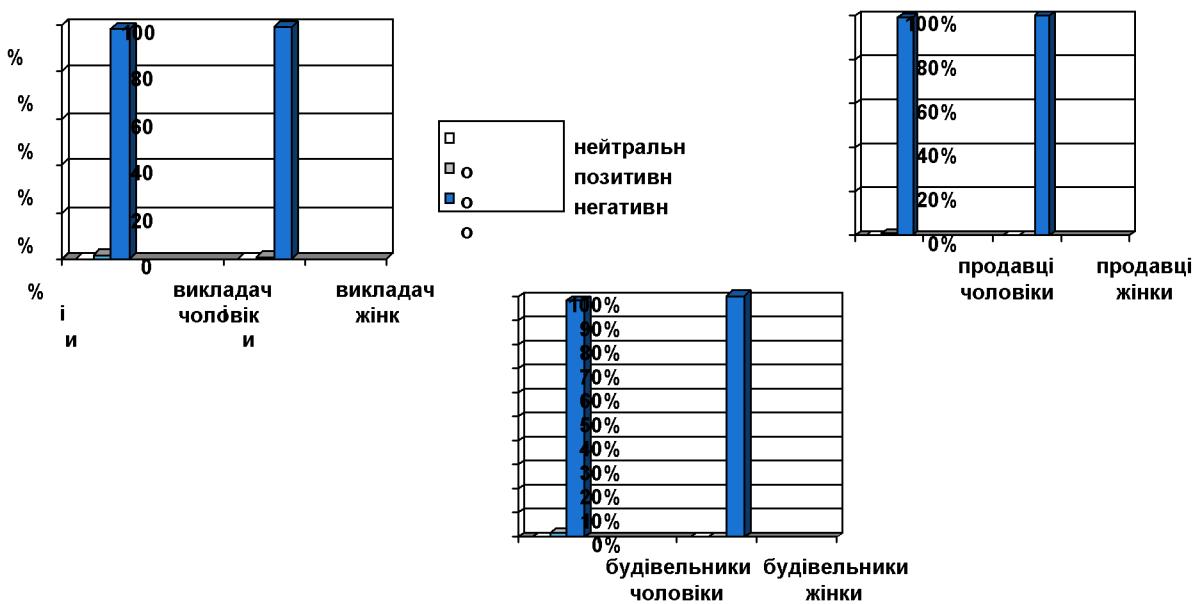
4. На питання: «Як Ви відноситесь до ВІЛ-інфікованих?» відповіді молоді розподілились наступним чином:



5. При загальному, нібіто нейтральному і певною мірою навіть позитивному, ставленні до інфікованих цікавими виявились відповіді на питання щодо можливої ізоляції або переселення хворих на ВІЛ/СНІД в окремі області:



6. Демонструють високий рівень соціальної дистанції відповіді на запитання: «Чи віддали б Ви свою дитину в оточення з ВІЛ-позитивними однолітками?» - поодинокі респонденти в кожній з груп, скоріше як виняток, відповіли «так»; - основна частина опитаних молодих респондентів відповіла «ні».



7. Чи бажаєте Ви отримати більше інформації про ВІЛ/СНІД?

На це питання більшість респондентів всіх досліджуваних груп відповіли позитивно і лише незначний відсоток відповіли, що не потребують нової інформації на задану тему.

Висновок: вироблення адекватного ставлення до проблеми залежить від рівня поінформованості. В профілактичній роботі відсутня диференціація соціальних груп залежно від рівня знань та випускається морально-духовний аспект проблеми: спостерігається зосередження на збереженні фізичного здоров'я замість пропаганди здорового способу життя.

#### ВИСНОВКИ

\* При аналізі літератури і ситуації взагалі, виявлено відсутність у країнах світу, і Україні в тому числі, ліцензованих дитячих садків та шкіл де працювали б спеціально підготовлені фахівці.Хоча, дослідження показало, що в цьому є нагальна потреба. \*Забір крові - процес відповідальний та напружений, особливо для аналізу на ВІЛ. Діяльність відповідних лабораторій суверено регламентується рядом наказів та постанов (як і лікарень та поліклінік). Для проведення дослідження крові на ВІЛ-позитивність використовується кілька тест-систем, які мають бути обов'язково сертифіковані в Україні. За наявності позитивних результатів проводиться повторна верифікація. \*Дослідження підтвердило гіпотезу тенденції взаємного дистанціонування «ВІЛ-інфікований↔соціум». Було підтверджено, що ВІЛ-позитивні зберігають певну дистанцію по відношенню до соціуму і це пов'язано з рядом факторів як зовнішніх так і внутрішніх, тобто особистісних. Рівень поінформованості та освіченості соціуму впливає на ставлення до хвороби та хворих. Напевне рівень відповідальності особистості впливає на дистанціонування хворих від соціуму але ця тема потребує подальшого дослідження. \*Слід зазначити надзвичайно низький рівень поінформованості населення нашої країни про неможливість побутового зараження. В школах слід ширше використовувати стратегію «рівний-рівному». З одного боку, слід донести до населення важкість і небезпеку хвороби, з іншого – перешкодити не толерантному відношенню до інфікованих хворих, їх дискримінації. Ці питання потрібно вирішувати законодавчо. Окремо слід наголосити на проблемах дітей, зокрема, про підготовку працюючого з ними персоналу, можливість ліцензування дитячих установ. \*Розробляється законодавча база (це підтверджується великою кількістю наказів та постанов, що регламентують роботу медпрацівників з хворими), яка найбільш актуальна на сьогодні і враховує права пацієнта. Національна програма боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні спрямована на інформаційно-просвітницьку роботу з дітьми і молоддю; спостерігається активізація діяльності ЗМІ відносно ВІЛ/СНІДу; зниження небезпеки інфікування ВІЛ для уразливих груп; здійснення заходів щодо забезпечення безпеки донорської крові; зниження наслідків епідемії тощо. \*На жаль, аналіз офіційних матеріалів щодо поширення ВІЛ – інфекції свідчить про те, що епідемія продовжується з тенденцією зростання в усіх регіонах України. За прогнозами загальна смертність від СНІДу може сягнути 300 000 осіб до 2014 року. \*Подальшого дослідження потребує тема впливу рівня комунікативності соціальної групи на ставлення до ВІЛ-позитивних та хвороби.

#### Література:

1. Москаленко В.Ф. Контроль та подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні // Гол.ред.Москаленко В.Ф. – К.: Науковий вісник НМУ ім.О.О.Богомольця, '09. - №2-3 – 198 с.

2. Голубенко О.О., Галіenko Л.І., Грузєва Т.С. Проблема профілактики ВІЛ/СНІД в Україні // Гол.ред.Москаленко В.Ф. – К.: Науковий вісник НМУ ім.О.О.Богомольця, 2009. - №2-3 – 198 с.
3. В.Б.Звоновський ВІЛ и стигма. - Самара, - Журнал исследований социальной политики, том 6, № 4.
4. Joffe H. Social representations of AIDS: Towards encompassing issues of power // Papers on Social Representations. 1995. Vol. 4. No. 1. P. 29–40.
5. Goodwin R., Kozlova A., Kwiatkowska A., et al. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe // Social Science and Medicine. 2003. Vol. 56. P. 1373–1384.
6. Паніна Н.В. Технології соціологічних досліджень.- К.: Ін-т соціології, 2000. - 368 с.

Рудницька ОЛЕНА, СИМОН СЕРГІЙ

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»

## **ЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРЕВАГИ СУЧASNIX ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ НА РАННІХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ**

Ще недавно м'яч сприймався виключно як спортивний снаряд для чоловічих змагань і дитячих ігор. Все змінилося з тих пір, коли з'явився новий напрям фітнесу- фітбол.

Фітбол ("fit" - оздоровлення, "ball" - м'яч) - великий м'яч діаметром 50-75 см - прекрасна альтернатива класичному тренажеру.

Вперше фітбол з'явився в 50-ті роки ХХ століття. Його застосувала швейцарський лікар-фізіотерапевт Сюзан Кляйн-фогельбах для лікування хворих церебральним паралічом. А вже в 80-х роках її американська колега Джоан Познер Мауер стала використовувати м'яч з метою прискорення відновлення після травм опорно-рухового апарату. Під впливом тренувань з м'ячем у пацієнтів прискорюються процеси регенерації в тканинах, покращується еластичність м'язів і зв'язок. Фітбол допомагає створити сильний м'язовий корсет навколо хребта, посилює кровообіг і обмін речовин в міжхребцевих дисках. Фітбол став справжніми ліками від болів в суглобах і хребті. Цей вид гімнастики корисний при варикозі, остеохондрозі, артритах, сколіозах, кефозах. Гімнастика на м'ячі зміцнює м'язи, володіє яскраво вираженим лікувальним ефектом. Створювана м'ячем вібрація підсилює перистальтику кишечника, позитивно впливає на роботу печінки і нирок. Крім того, фітбол послаблює дію стресу і знімає напругу [1,2,4,5].

У різних країнах світу програми з використанням гімнастичних м'ячів великого розміру застосовують понад 50 років, в нашій країні - близько 8 років. Програми по фітбол-гімнастиці і фітбол-аеробіці унікальні за своєю дією людини [3,4,5].

Фітбол-гімнастика на перший погляд - це досить легковажні спортивні вправи: діти і дорослі весело стрибають на великих м'ячиках і сміються. Але насправді все не так просто. Щоб утриматися на м'ячі, потрібно зберігати ідеальну поставу. Фітбол включає як танцюальні, так і силові напрями, коли тренуються практично всі м'язи.

Останнім часом зростає роль фізичних вправ в зміцненні здоров'я, профілактиці різних захворювань, організації дозвілля, продовженні життя і творчої активності.

Вправи на м'ячах володіють оздоровчим ефектом, який підтверджений досвідом роботи спеціалізованих, коректувальних і реабілітаційних медичних центрів Європи. За рахунок вібрації при виконанні вправ і амортизаційної функції м'яча поліпшуються обмін речовин, кровообіг і мікродинаміка в міжхребцевих дисках і внутрішніх органах, що сприяє розвантаженню хребетного стовпа, мобілізації різних його віddілів, корекціїlordозів і кифозів.

Вправи на м'ячах тренують вестибулярний апарат, розвивають координацію рухів і функцію рівноваги.

Вправи верхи на м'ячі по своїй фізіологічній дії сприяють лікуванню таких захворювань, як остеохондроз, сколіоз, неврастенія, астено-невротичний синдром. Механічна вібрація м'яча позитивно діє на хребет, міжхребцеві диски, суглоби і навколошні тканини (Т.С. Овчинникова, А.А. Потапчук, 2003). Практично це єдиний вид аеробіки, де у виконання фізичних вправ включаються руховий, вестибулярний, зоровий і тактильний аналізатори, що в геометричній прогресії підсилює позитивний ефект від занять.

Ми поставили мету: встановити клінічну ефективність фітбол-гімнастики в лікуванні хворих на сколіоз I ступеня.

Нами було обстежено і проліковано 20 хворих у віці 7 років з діагнозом правобічний сколіоз I ступеня. Хворі були поділені на 2 групи: досліджувану і контрольну по 10 чоловік відповідно в кожній.

Кількість дівчаток відповідала кількості хлопчиків.

У хворих досліджуваної групи у комплексному лікуванні сколіозу застосовували вправи на фітболах в поєднанні з масажем і фізіотерапією.

В контрольній групі комплексне відновне лікування включало ЛФК, масаж і фізіотерапію.

При обстеженні хворих досліджуваної і контрольної груп застосовували суб'єктивні і об'єктивні методи дослідження постави. Суб'єктивні методи включали: соматоскопію, пальпаторний, метод функціональних проб. Об'єктивні: визначення висоти антропометричних точок плечових і гребневих над опорною поверхнею точок, ромба Мошкова. Досліджували функціональний стан м'язової системи, оцінювали функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем.

В сумнівних випадках застосовували рентгенографію та пробу Ліппмана-Кобба.

Ці методи достатньо повно дозволяли встановити діагноз, оцінити ефективність лікування та потребували обмаль часу.

Вже перші результати свідчать, що під впливом проведеного лікування покращувались показники, які характеризують поставу, силу і витривалість м'язів тулуба.

Слід зауважити, що перші нечіткий позитивний результат було помічено після першого курсу лікування. Через 6 місяців після повторного лікування позитивна динаміка була більш вираженою. У 70 % було відмічено покращення в переїзді сколіозу, в контрольній групі цей показник відповідав 60 %.

Як правило покращення спостерігалося у тих хворих, які дотримувалися порад лікаря, фахівця фізичної реабілітації. Систематично виконували вправи ЛФК.

Сколіоз – хроніче захворювання і чекати миттєвих результатів мабуть не слід, тільки наполегливе систематичне виконання вправ ЛФК в поєднані з масажем, фізіотерапією приносить бажаний позитивний результат.

Проведене дослідження свідчить про доцільність застосування фітболів в комплексному лікувані сколіозу.

Основний цифровий матеріал представлений в таблицях 1 – 3.

Таблиця 1

*Висота антропометричних точок над опорною поверхнею (в см) у обстежених досліджуваної і контрольної груп*

Антропометричні точки	Досліджувана група						Контрольна група					
	до лікування		через 1 міс після лікування		через 6 міс після лікування		до лікування		через 1 міс після лікування		через 6 міс після лікування	
	справа	зліва	справа	зліва	справа	зліва	справа	зліва	справа	зліва	справа	зліва
Акроміальні хлопчики дівчатка середнє значення	106,8 104,2 105,5	105,5 103,0 104,2	106,7 104,1 105,4	105,7 103,0 104,3	106,5 103,8 105,1	105,9 103,1 104,5	100,7 98,4 99,5	99,2 97,0 98,1	100,5 98,3 99,4	99,3 97,1 98,2	100,2 98,1 99,1	99,8 97,2 98,5
Тазо-гребневі хлопчики дівчатка середнє значення	75,9 72,2 74,3	75,4 72,0 73,7	75,8 72,6 74,2	75,5 72,0 73,7	75,5 72,4 73,9	75,5 72,1 73,8	73,9 69,8 71,8	73,2 69,1 71,1	73,7 69,7 71,7	73,2 69,1 71,1	73,5 69,6 71,5	73,3 69,2 71,2

Таблиця 2

*Оцінка сили та витривалості м'язів у хворих досліджуваної і контрольної груп*

Рухові тести	Одиниці вимірювання	Досліджувана група			Контрольна група		
		до лікування	через 1 міс після лікування	через 6 міс після лікування	до лікування	через 1 міс після лікування	через 6 міс після лікування
1. Піднімання тулуба із положення лежачи на спині у сід, руки за голову, ноги прямі - хлопці - дівчата - середнє значення	Кількість разів	7,0 5,3 6,1	7,5 6,4 6,9	12,2 9,7 10,9	7,1 4,9 6	7,5 5,3 6,4	9,6 8,1 8,8
2. Піднімання тулуба із положення лежачи на спині у сід, ноги зігнуті в колінах - хлопці - дівчата - середнє значення	Кількість разів	3,5 3,0 3,2	4,9 4,2 4,5	10,5 9,8 10,1	3,8 3,4 3,6	4,7 3,9 4,3	7,7 7,0 7,3

## Продовження таблиці 2

3. Піднімання ніг у положені лежачи на спині - хлопці - дівчата - середнє значення	сек	8,1 7,3 7,7	10,0 10,0 10,0	10,0 10,0 10,0	8,5 8,0 8,2	9,4 9,1 9,2	10,0 10,0 10,0
4. Піднімання тулуба із положення лежачи на животі - хлопці - дівчата - середнє значення	сек	5,1 4,2 4,6	7,1 6,5 6,8	10,0 10,0 10,0	4,9 4,5 4,7	5,7 5,2 5,4	8,7 8,1 8,4
5. Піднімання ніг у положені лежачи на животі - хлопці - дівчата - середнє значення	сек	5,4 4,9 5,1	7,3 6,7 7	10,0 10,0 10,0	5,1 5,0 5	6,4 5,9 6,1	9,5 8,9 9,2
6. Нахил тулуба уперед із положення стоячи - хлопці - дівчата - середнє значення	см	-2,7 -2,9 -2,8	-2,0 -2,1 -2,05	0 0 0	-3,0 -3,3 -3,1	-2,7 -3,0 -2,8	-1,0 -1,3 -1,1

Таблиця 3

Показники тесту Клауса-Вебера (в балах) у хворих досліджуваної і контрольної груп

Рухові тести	Досліджувана група			Контрольна група		
	До лікування	Через 1 міс після лікування	Через 6 міс після лікування	До лікування	Через 1 міс після лікування	Через 6 міс після лікування
1. Піднімання тулуба із положення лежачи на спині у сід, руки за голову, ноги прямі	10	10	10	10	10	10
2. Піднімання тулуба із положення лежачи на спині у сід, ноги зігнуті в колінах	10	10	10	10	10	10
3. Піднімання ніг у положені лежачи на спині	7,7	10	10	8,25	9,25	10
4. Піднімання тулуба із положення лежачи на животі	4,65	6,8	10	4,7	5,45	8,4
5. Піднімання ніг у положені лежачи на животі	5,15	7,0	10	5,05	6,15	9,2
6. Нахил тулуба уперед із положення стоячи	7,2	7,95	10	6,85	7,15	8,85
Загальна сума балів	44,7	51,75	60	44,85	48	56,45

Таким чином, реабілітаційна програма для хворих на сколіоз I ступеню обов'язково має включати, застосування ЛФК в поєднанні з масажем і фізіотерапією.

Заняття ЛФК сприяють запобіганню подальшого прогресування сколіотичної хвороби; розтягуванню скорочених м'язів і зв'язок на ввігнутій стороні хребта і зміцненню їх на опуклій стороні дуги; зміцненню м'язів спини і грудної клітки, створенню м'язового корсета; покращенню діяльності дихальної і серцево-судинної систем. Молодший шкільний вік найсприятливіший період для закладання фундаменту практично всіх фізичних якостей. Одним із істотних моментів фізичного виховання дитини цього періоду є формування її особистого ставлення до фізичних тренувань і виховання активної життєвої позиції щодо свого здоров'я. Застосування оптимальних за спрямованістю, потужністю та обсягом фізичних навантажень розширює функціональні резерви організму і сприяє економізації функцій у спокої та при дозваних навантаженнях.

ЛФК, гідрокінезитерапія, рухові ігри є природними методами лікування, їх необхідно застосовувати на всіх етапах реабілітації хворих на сколіоз.

## Література:

1. Абальмасова Е.А., Ходжав Р.Р. Сколиоз: этиология, патогенез, прогнозирование и лечение. – Ташкент, 1999. – 576 с.
2. Богатырев О.В. / Консервативное лечение сколиоза у детей // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Пирогова. – 2006. – №4. – 59 с.
3. Калашникова О.М. Лечебная гимнастика при сколиозе // Медицинская сестра. – 2001. - №3. – 53 с.
4. Крючек Е.С. Аэробика. Содержание и методика проведения оздоровительных занятий: Учебно-метод. пос. - М.: Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2001. - 264 с.
5. Сарчук В.Н., Пинчук В.В., Сарчук Е.В. Оздоровительные и реабилитационные эффекты кинезобальнеотерапии больных сколиозом // Вестник физиотерапии и курортологии. – 1999. – т.5, №1. – 79 с.

## СЕКЦІЯ VII. СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

АЧКАСОВА АННА

Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія»

### СОЦІАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ

Болезнь - это крест, но, может, и опора.

Альберт Камю

Инвалидность представляет собой социальный конструкт, результат социальных договоренностей. Смысл этого понятия меняется в зависимости от культурных традиций и социальных условий, от пола, возраста и других статусных различий взаимодействующих между собой участников ситуации. Тем самым инвалидность является не свойством человека или характеристикой его поведения, но ярлыком социального происхождения. Здоровье — состояние живого организма, при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. [9]

Инвалид — человек, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений.

Присвоение статуса «инвалид» обладает юридическим и социальным смыслом, так как предполагает определенные особые взаимоотношения с обществом: наличие льгот, получение выплат, ограничения в дееспособности. Некоторые специалисты рассматривают инвалидность как одну из форм социального неравенства.

В настоящее время принята более корректная форма обозначения инвалида — «человек с ограниченными возможностями». [11]

Ограничение жизнеспособности — это полная или частичная потеря лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, свободно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. [4]

Рост численности людей с инвалидностью в Украине ставит целый ряд проблем, связанных с их социализацией. Существующие социальные институты не могут вернуть здоровье человеку с физическими недостатками, основным их задачей мы считаем организацию деятельности, направленной на преодоление препятствий по ее полноценной самореализации в социуме. [5, с. 6] Современное гражданское общество невозможно без активного вовлечения всех своих членов в различные виды деятельности, уважения прав и свобод каждого отдельного человека, обеспечения необходимых гарантий безопасности, свободы и равноправия.

Особенно актуально этот вопрос проявляется в деятельности по вовлечению людей, имеющих определённые физические недостатки (скорее особенности) в нашу социальную среду. Понятие инвалид изначально ущербно, мы приписываем этим людям комплекс неполноценности, в который они сами начинают верить. Для них закрыты многие возможности в учёбе, развитии, занятиях спортом. Отношение рядовых людей к инвалидам отличается предвзятостью и предрассудками. Причём в нашем обществе данное отношение культивируется ещё с детского возраста.

Перед нашим обществом стоит остройшая проблема вовлечения наших сограждан, имеющих некоторые особенности физического развития в социум, проблема их активной адаптации, социализации и развития в рамках общества и на благо общества.

Таким образом, можно считать бесспорным, что удельный вес проблемы инвалидности среди других социально-экономических и социально-политических проблем современного мира является достаточной для того, чтобы считать проблему актуальной для любых стран и народов.

Новые способы социальной реабилитации, требуют формирования толерантных отношений к людям с ограниченными возможностями в рамках конкретных социальных институтов и организаций.

В кризисных ситуациях положение инвалидов ухудшается, они острее ощущают свою зависимость, ущербность, одиночество. В это время необходимо оптимизировать условия жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями, чтобы они могли наиболее полно использовать и развивать свои потенциальные способности для адаптации к новым реалиям и преодоления различных социальных трудностей. В этом контексте опыт показывает, что из любой жесткой образовательной системы какая-то часть людей с ограниченными возможностями выбывает, потому что система не готова к удовлетворению индивидуальных потребностей таких людей в обучении. Таким образом, выбывшие люди становятся обособленными и исключаются из общей системы. Инклюзивные подходы могут поддерживать таких людей в обучении и достижении успеха, что даст шансы и возможности для лучшей жизни, что в современных условиях представляется весьма важным и актуальным.

Все усилия по инклюзивному образованию основаны на правовой идеологии – если государство делает это из жалости или благотворительности, оно не сможет получить нужные результаты.

Важнейшим условием для самореализации человека с ограниченными возможностями является расширение сферы его самостоятельности, под которой понимается преодоление им обособленности, приобретение умения осваивать и применять без непосредственной посторонней помощи знания и навыки для решения повседневных задач. Инклюзивное образование позволяет использовать инвалидам свой потенциал не только для личной пользы, но и для блага своего ближайшего окружения. Проблемы инвалида являются объектом изучения социологии, медицины, философии, психологии, этики. Социальная стратификация представлена в трудах классиков: Э. Дюркгейма, Р. Мертона Р. Парка, П. Сорокина. Основную область исследовательской проблемы составляют аспекты, которые касаются общесоциологических понятий статуса, социальной мобильности, структуры, социальной дифференциации (Р. Бендикс, М. Вебер, К. Дэвис, У. Мур). [6, 10]

Особое место в изучении социальной дифференциации занимают концепции П. Бурдье, И. Гофмана, так как представляют аргументы социокультурного обоснования форм социальной мобильности. Социальная стратификация описана в трудах таких отечественных ученых, как В. Ильин, В. Радаев, О. Шкаратан. [2]

Такие авторы, как М. Баскакова, Э. Наберушкина, Т. Малеева в своих исследованиях раскрывают статус инвалидов в социальной структуре общества. Профессиональная поддержка рассматривается в качестве условий социального включения инвалидов в работах Д. Зайцева, С. Степухович, Е. Мариной, О. Тимуцы, Е. Холостова.

Исследователи саратовской школы теории социальной работы Т. И. Черняева, Н. В. Шапкина, С. В. Степухович, Е. Р. Ярская – Смирнова развивают социокультурный подход к проблеме инвалидности.

Социально-правовой статус инвалидов представлен в работах П. Н. Любченко, В. В. Лябина, С. Н. Кавокина, Т. М. Пушкиной, Н. Ф. Дементьевой, Э. В. Устиновой.

Разработке Концепции независимой жизни инвалидов посвящены многие отечественные и зарубежные исследования: Е. Н. Ким, С. П. Пешкова, Г. Делонг, А. Батавия.

Вопросы социальной, профессиональной, социокультурной реабилитации инвалидов освещены в работах современных отечественных ученых: Н. В. Веденеевой, О. Г. Злобиной, И. А. Дворянчиковой, Е. В. Толкачевой. [12]

Необходимо отметить тот факт, что в работах по инвалидности делается больший акцент на медико-социальную реабилитацию, правовые аспекты системы социальной защиты инвалидов, государственную политику в отношении инвалидов. Вопросы, связанные с инклюзивным образованием остаются в меньшей степени в поле деятельности исследователей. Становится очевидной необходимость восполнения данного пробела в научном и практическом знании об инвалидности, что позволит определить эффективное взаимодействие людей с ограниченными возможностями с другими социальными институтами и способы благополучной интеграции инвалидов в общество. Благодаря работам Т. Парсонса, Ч. Кули, Дж. Мида, Ж. Пиаже, Ф. Боаса, Л. С. Выготского, Л. И. Божович и других исследователей интеграция рассматривается в социологии как вхождение личности в процесс взаимоотношений с различными социальными группами, институтами, организациями, в результате которых вырабатывается активная жизненная позиция личности. Исследование социального положения инвалида позволяет выявить влияние различных, социальных, экономических, культурных, социальных, экономических детерминант на микроуровне и самоопределении инвалидов.

К сожалению, в отечественной социологии проблемам самореализации людей с функциональными ограничениями не уделяется достаточного внимания. Методологической основой для изучения данной проблемы могут выступать монографические исследования А. М. Амосова, Д. Вернера, [1, 3] а также раздел «Социология медицины и здоровья», подготовленный Е. А. Подольской и О. А. Филипповой в фундаментальном труде Института социологии НАН Украины «Специальные и отраслевые социологии» (Киев, 2007). Социологический анализ инвалидности Е. М. Дикова – Фаворская. Ситуацию с детьми-инвалидами достаточно детально описала Т. Белова, проблемы использования технологий дистанционного обучения в профессиональной подготовке людей с особыми потребностями поднимает С. Андрейчук, рассматривать учебные программы для людей с функциональными ограничениями как государственный компонент образования предлагает З. Матвиенко. [8]

Ограниченнная возможность представляет собой потерю способности (вследствие наличия дефекта) выполнять определенную деятельность в рамках того, что считается нормой для человека. Недееспособность лица возникает вследствие дефекта или ограниченной возможности конкретного человека, что препятствует или ограничивает выполнения ею определенной нормативной роли, исходя из возрастных, половых или социальных факторов. Ребенок-инвалид воспринимается как лицо, вследствие хронических заболеваний, врожденных или приобретенных нарушений в развитии имеет ограничения в жизнедеятельности, находится в особенно сложных и чрезвычайных условиях и имеет особые потребности в развитии психофизических возможностей, природном семейном окружении, доступе к объектам социального окружения и средств коммуникации, социализации и самореализации.

Ограничение возможностей иногда трактуется как недовольство «личных нужд» лиц с ограниченными возможностями, что приводит к их социальному исключению, к эксклюзии. Однако каждое лицо имеет те или иные отклонения от среднестатистической нормы и за счет именно этого и является самостоятельной, отличной

от других людей личностью. Поэтому, по сути, каждое такое различие может стать причиной для социального исключения, дезинтеграции, дискриминации и т.д. Таким образом, практически каждый индивид (и с недостатками здоровья, и без них) имеет те или иные особые потребности, к которым общество должно приспосабливать свои внешние условия, создавать возможности для их удовлетворения любым человеком. [7]

Наиболее приемлемым для обозначения лиц, которые имеют недостатки здоровья, есть понятие «человек с ограниченными возможностями здоровья», эвристический потенциал которого заключается в том, что в отличие от традиционного подхода этот срок позволяет компенсировать дефицит понимания социальной сущности любого человека, гуманистический смысл его бытия.

Таким образом, инвалидность представляет собой глобальный мировой процесс, в разной степени характерный для стран. Темпы его развития позволяют отнести проблему инвалидности к одной из острых социальных проблем современности, поскольку все большее число людей живут с ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью. Слово «инвалид» происходит от латинского – слабый, немощный, то есть это тот, кто частично или полностью утратил возможность выполнять социальную роль, а также трудоспособность вследствиеувечья, болезни. В настоящее время слово «инвалид» заменяется на «человек с ограниченными возможностями здоровья». Общество – это каждый из нас. Насколько ближе каждый из нас окажется к «особым людям», настолько быстрее будет проходить их выздоровление, потому что в этом мире они будут чувствовать себя востребованными.

#### Література:

1. Амосов А. М. Раздумья и здоровье. – М., 1987.
2. Бурдье П. Социология политики. – М., 1993. 25.Бурдье П. Социальное пространство и "генезис классов"// Вопросы социологии. -1992.- Том 1.- №1. Бурдье П. Социальное пространство и символическая власть Теория и история экономических и социальных институтов и систем Альманах. Весна, 1993.- М., 1993.-Т. 1.- Вып.2.
3. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов – М.: Филантроп, 1995. – 654 с.
4. Демина Л. Д. Введение в психологическую проблему социального работника /Л. Д. Демина – Барнаул: БГПУ, 2003. – 75 с.
5. Дікова-Фаворська О. М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології. Монографія.– Житомир: "Полісся", 2009.– 488с.
6. Дюргейм Э. Социология. – М.: Высшая школа, 1995. – 250с.
7. Зайцев Д. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Д. В. Зайцев. – Саратов, 2004. – 360 с.
8. Матвієнко Зоя. Запорука успішних реформ у соціальній сфері – навчальні програми з питань неповносправності як державний компонент освіти // Реформування соціальних служб в Україні: сучасний стан і перспективи. Зб. Статей за матеріалами Між нар. Наук.-практ. конф. – Львів, 5-7 червня 2002 р) – Львів, 2003. – С. 212-213.
9. Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – 260 с.
10. Сорокин П.А. Человек, цивилизация, общество. – М.: Просвещение, 1992. – 367с.
11. Холопенко Н. А. Социально. Психологические проблемы детей-инвалидов различные подходы к пониманию инвалида /<http://www.bernurits.lv/articles/social-psychological-problems.html>
12. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами.- М. Институт социальной работы, 1996.

*ГЕРАСИМЧУК НАТАЛІЯ*

*Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»*

### **ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІНВАЛІДНОСТІ В КОНТЕКСТІ СОЦІОЛОГІЇ**

На сьогодні для України та усього світу проблема інвалідності набула особливого значення. Пов'язано це головним чином з погіршенням екологічного становища, високим рівнем захворюваності серед дорослих та дітей, підвищенням рівня травматизму, відсутності культури здорового способу життя, насилия та військовими дій в різних куточках планети. Загалом, рівень інвалідності характеризується високими цифрами як в нашій державі, так і в статистиці інших країн. За даними ООН, на планеті Земля нараховується приблизно 650 млн. людей з функціональними обмеженнями здоров'я, що складає 10% населення світу [14]. Дитяча інвалідність також має високі показники. За даними Всесвітньої організації здоров'я, 3% дітей народжуються з інтелектуальними відхиленнями, 10% - з іншими психофізіологічними порушеннями. Всього у світі близько 200 млн. дітей з обмеженими можливостями здоров'я [4, с. 6].

В Україні, згідно з офіційною статистикою, кількість людей з функціональними обмеженнями здоров'я складає 2,67 млн., що становить близько 5,2% від всього населення [11, с. 211]. Чисельність дітей, що мають вади здоров'я – 168,12 тис. осіб [3, с. 3], і варто наголосити на тому, що з кожним роком ці цифри зростають.

Загалом явище інвалідизації в українському соціумі складне та багатогранне. Пов'язано це з тими обставинами, що процес його формування не визначається тільки наслідками змін нормальних медичних характеристик конкретного індивіда, а є порушення взаємовідносин конкретної людини, з мікро- і макросоціальним середовищем, і, як наслідок, людина з вадами здоров'я потрапляє в замкнуте коло проблем: від непристосованих архітектурних споруд та транспорту для вільного пересування і до повної ізоляції від суспільно-політичного та культурного життя. Ситуація, в якій перебувають особи з інвалідністю, в даний час, характеризується виключенням їх із освітніх, культурних, виробничих процесів, в результаті чого вони мають менше можливостей для адаптації та самореалізації у сучасному світі.

У соціологічному розумінні поняття «інвалід» та «інвалідність» залишаються до кінця не визначеними, це пов'язано з різноманітністю підходів до вивчення цієї проблеми. Аналіз наукової літератури, дозволяє виділити дві основні концепції: традиційну та посттрадиційну [12, с. 136]. Традиційна концепція акцентує увагу на суб'єктивному статусі людини із вадами здоров'я, тобто її позиції і ролі визначають інші, у даному контексті «здорові» індивіди. Е.Ярська-Смирнова, відмічає, що головний акцент у цій концепції ставиться на присутності органічної патології або дисфункції, що дає можливість «нормальний» частині населення, приписати людині із функціональними обмеженнями здоров'я статус девіанта та визначити її, як «ненормальну» і «нетипову» [16, с. 29]. Посттрадиційна ж концепція розглядає осіб, які мають вади у здоров'ї, із об'єктивної сторони, не концентруючи свою увагу на психофізіологічних особливостях людини, а досліджує лише на ті об'єктивні повсякденні соціальні умови, в яких індивід проживає, навчається та працює.

Через призму посттрадиційної концепції можна розглядати поняття «інвалід» та «інвалідність», яке пропонує Григоровський І.М.. За його визначенням, мова про інвалідність йде тоді, коли розлади функцій організму під впливом хвороби чи анатомічного дефекту тягнуть за собою соціальні наслідки – припинення професійної діяльності в звичайних умовах чи зміну на інший вид діяльності, призначення різних видів соціальної допомоги, встановлення пільг. Разом з тим особа, яка набула статусу інваліда розглядається лише як пасивна особистість, завдання якої полягає в отриманні соціального захисту зі сторони суспільства [9, с. 64]. Красномовець В.А., в рамках посттрадиційної концепції інвалідності, уточнює сам термін «інвалід» і вважає, що «людина з інвалідністю – це особа з вродженими чи набутими стійкими розладами функцій організму, що потребує допомоги для здійснення повноцінної життедіяльності, розвитку та інтеграції в суспільство» [6]. Проте, варто зазначити, що запропоновані терміни повністю не розкривають сучасне уявлення про інвалідність та не направлені на висвітлення головної позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка рекомендує сьогодні розглядати людей із функціональними обмеженнями здоров'я як біосоціальну категорію, а всі проблеми які, виникають через інвалідність, відповідно, повинні вирішуватися з біологічної, особистісної та соціальної позиції. Зрозуміло, що сучасне трактування терміну «інвалідність» не варто оцінювати лише зі сторони неможливості виконання професійної діяльності, оскільки люди з інвалідністю обмежені не тільки в даній сфері свого життя. Найбільш узагальнюючий сучасний термін, котрий розкриває всі аспекти життедіяльності людини із інвалідністю, обґрунтovаний Діковою-Фаворською О.М., вона зазначає, що «Цим терміном, як правило, позначається обмеження в можливостях, обумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї та держави на рівних умовах з іншими членами суспільства» [3, с. 38-39]. В результаті чого люди із вадами здоров'я опиняються в ситуації соціального виключення (соціальної ексклюзії) із соціального простору, разом з тим вони втрачають соціальні зв'язки з іншими членами суспільства та можливість отримувати і використовувати соціальні капітали, які існують в соціумі.

Феномен соціальної ексклюзії людей із функціональними обмеженнями здоров'я зачіпає різні сторони їхнього повсякденного життя. За кордоном соціальне виключення людей з функціональними обмеженнями здоров'я як наукову проблему вивчають вже досить давно [13, с. 82]. Як самостійний предмет дослідження феномен соціальної ексклюзії найшов своє відображення в працях як зарубіжних вчених, таких як П. Абрахамсон, У.Бек, З. Бауман, Н.Е. Тихонова, Е.Р. Ярська-Смирнова, так і в дослідженнях вітчизняних науковців С.М. Оксамитної, В.О. Хмелько, А.А. Колупаєвої, Н.І. Гутін, О.М. Дікової-Фаворської та ін.

Описуючи феномен соціального виключення осіб з вадами здоров'я із соціального простору, більшість дослідників ставлять між матеріальним становищем та даним феноменом знак рівності, пояснюючи це тим, що бідність породжує соціальне виключення особи, в свою чергу, соціальна ексклюзія, в якій перебуває людина із вадами здоров'я, не дає можливість змінити або покращити соціальне положення. Дікова-Фаворська О.М. розглядає становище соціальної ексклюзії осіб із психофізичними вадами як «процес розриву соціальних зв'язків, який обумовлений екстремальною бідністю і відсутністю реальних шансів змінити ситуацію на краще» [3, с. 124]. Процес боротьби із явищем «екстремальної бідності» серед осіб із вадами здоров'я на рівні держави відбувається за допомогою економічних механізмів впливу, тобто виплачуються пенсії, надається допомога та пільги, проте даний механізм вирішення проблеми мало ефективний та не дозволяє повністю інтегрувати людей із вадами здоров'я в суспільство. Розглядаючи інші механізми подолання соціального виключення осіб з обмеженими можливостями, ряд українських дослідників, зокрема Зеленова Н.Д., Таланчук П.М., Дікова-Фаворська О.М., прийшли до висновку, що дієвим механізмом подолання соціальної ексклюзії осіб з функціональними обмеженнями здоров'я є організація додаткових можливостей для отримання вищої освіти та створення умов для їхнього активного дозвілля. Саме отримання професійної підготовки та використання набутих навичок у практичній професійній діяльності надасть людині з функціональними обмеженнями здоров'я

доступ до соціальних ресурсів, які підвищать матеріальне становище, що в свою чергу частково вирішить питання соціального виключення людей з обмеженими можливостями здоров'я.

У процесі соціальної ексклюзії людина із функціональними обмеженнями здоров'я знаходиться не тільки в нездовільному матеріальному становищі, але й перебуває під постійною стигматизацією зі сторони «здорової» частини населення.

Першим комплексним дослідженням, присвяченим проблемі стигматизації, була саме книга І. Гофмана «Стигма. Об особистостях искалеченій личності», яка вийшла в 1963 р. У цій роботі автор дає визначення стигматизації як процесу виділення індивіда на підставі деяких відхилень від норми з метою застосування суспільних санкцій [5]. За допомогою поняття «стигма», вчений розглядав розрив між тим, ким людина з функціональними обмеженнями здоров'я має бути, «фактичною соціальною ідентичністю» і тим, ким вона насправді є, «реальною соціальною ідентичністю». Існування величезного розриву між цими двома індентичностями, породжує процес накладання соціальних ярликів на людей із вадами здоров'я, таких як «каліка», «безпомічний», «недорозвинutий» і т.д. [8, с. 271].

Г. Беккер і Е. Лемертон також пов'язують з поняттям «інвалід» соціальне тавро, тобто закріплene в суспільній свідомості негативне відношення до особи з функціональними обмеженнями здоров'я через якийсь атрибут, неприйнятного в суспільстві в силу сформованих уявлень [10]. Суспільство для позначення осіб з обмеженими можливостями використовує поняття «девіант», а їхню поведінку вважає «девіантною». Зрозуміло і те, що девіантність в значній мірі спровокована реакцією самого соціума. Коли індивіда, з порушеннями характеризують як девіанта, то реакція його самого буде направлена на закріплення і посилення стигматизованих образів самого себе як несхожого на всіх інших, «людина з відхиленнями». У цьому випадку характерне розуміння себе як «іншого», «не такого як всі» стабілізується, приймає стійкий, довготривалий характер. І це не дивно та повністю закономірно, тому що, коли з людиною постійно поводитися як з небезпечною і ставиться до неї як до хворої, тоді дуже великі шанси, що вона буде таким же чином розглядати саму себе і діяти відповідним чином.

Сучасні соціологи, що досліджують взаємовідносини між особами з функціональними обмеженнями здоров'я і іншою частиною суспільства, за останній час з усе більшою інтенсивністю почали фронтально виступати проти домінуючої девіантної концепції інвалідності. Критика полягає в тому, що дослідження та аналіз явища інвалідизації в суспільстві через дану концепцію буде і надалі провокувати процес ізоляції людей з функціональними обмеженнями здоров'я, тим самим породжуючи соціальну напругу між «здоровими» та «хворими» людьми. Натомість, суспільствознавці закликають до розвитку «соціології участі», головне завдання якої полягає у соціологічному дослідженні проблем людей з вадами здоров'я під час участі їх у безпосередній соціальній взаємодії. Варто зазначити, що представники даного підходу Роберт Богдан і Стівен Тейлор не відкидають старий девіантний підхід повністю [7, с. 58]. Навпаки, вони наполягають на необхідності його доповнення, але за умови, коли людина з функціональними обмеженнями здоров'я прийнята, тобто коли включена в усі соціальні інститути і є активним елементом соціальної взаємодії, а не ізольована від суспільства.

Ще одним теоретико-методологічним підходом, який дозволяє глибше проаналізувати повсякденний світ людей з психофізичними вадами здоров'я, є феноменологічний підхід, представниками якого є П. Бергер, Т. Лукман, А. Шюц. У вітчизняній соціологічній думці питання повсякденного життя досліджували В.С. Бакіров (дослідження якості життя в пострадянському суспільстві), В.М. Ніколаєвський (визначення особливості взаємодії людини та світу), Д.М. Дікова-Фаворська (аналіз повсякденного способу життя особистості) та ін.

У рамках теорії феноменологічного підходу основною темою і проблемою вивчення явища інвалідності виступає процес «соціального конструювання реальності». У полі дослідження перебуває сприйняття особи з інвалідністю суспільством і взаємодія такої людини з оточуючими, її самоідентифікація в повсякденному житті. А. Шюц, наголошував на тому, що «повсякденність – це єдина сфера досвіду, де людина перебуває в ситуаціях та взаємодіє з об'єктами, зрозумілими для будь-якої іншої людини, при цьому вона перебуває в цій сфері практично постійно. Інші сфери є специфічними реальностями, зрозумілими лише для «професіоналів» чи «експертів» [2, с. 18]. Агентами конструювання виступає макро- і мікрооточення особи із вадами здоров'я, а продуктом конструювання – сама особа з обмеженими можливостями. Вивчення повсякденного життя та конструювання на його основі соціальної реальності осіб з вадами здоров'я і соціуму надає можливість чітко зрозуміти основні бар'єри, які виникають у їхньому житті та сформулювати основні шляхи щодо їх усунення.

Сучасний соціологічний аспект дослідження проблем осіб із вадами здоров'я не може обйтися без вивчення проблеми через призму постмодернізму (М. Фуко, Ж. Бодрійяр, Ж-Ф. Ліотар). Мішель Фуко, розглядаючи важливість питання інвалідизації суспільства, зазначав, що поширення та розвиток даної проблеми пов'язаний зі становленням і розвитком різноманітних форм соціального контролю [15, с. 74]. Сучасні специфічні «системи значень і образів» стосовно людей із вадами здоров'я, зазначає Фуко, раніше були пов'язані з практиками ізоляції хворих на проказу, зберігаються, на жаль, і після того, як проказа переможена. «Персона прокаженого», під цим поняттям дослідник розумів людину із вадами здоров'я, яка наділена символічним значенням виключеного з соціальної групи і окресленого «сакральним колом» відчуження [1, с. 8].

Парафідма постмодерну робить акцент на моделюванні відносин особи із вадами здоров'я з « нормальнюю » частиною суспільства. На думку представників даного напрямку форми взаємодії суспільства та інвалідів відбуваються за готовою схемою: діагностування відхилення – відчуження/відкидання – ізоляція. Сьогодні постмодерн наголошує скоріше на соціальних побоюваннях стосовно людей із психофізичними обмеженнями

здоров'я та на намаганнях їх ізолювати. Місцями ізоляції є притулки, психіатричні клініки, спеціальні школи та ін., тобто місця, за допомогою яких суспільство забезпечує контроль над іншими несходжими на них. Дослідження проблеми інвалідності через призму постмодернізму дає можливість зрозуміти, чому так активно суспільство намагається протистояти самореалізації людей із вадами здоров'я. Не важко здогадатися, що головна причина прихована в тому, що страх виявиться гіршими, слабшими духом та нездатними протистояти людям з обмеженими можливостями здоров'я у плані життєвих домагань і реалізації особистісного потенціалу, призводить до пригноблення осіб з вадами здоров'я зі сторони « нормальніх » людей.

Отже, аналіз сучасних концепцій інвалідності говорить про те, що люди з функціональними обмеженнями здоров'я перебувають у стані постійної ексклюзії та стигматизації. В даному аспекті, дуже вагомими є дослідження українських соціологів Дікової-Фаворської О.М., Таланчука П.М. та Зеленої Н.Д.. Дані дослідники не просто розкривають питання ексклюзії осіб з функціональними обмеженнями здоров'я, вони окреслюють шляхи виходу людини із цього становища за допомогою отримання вищої освіти. Проблеми, пов'язані з повсякденним життям людей із функціональними обмеженнями здоров'я, висвітлюються в роботах Д.М. Дікової-Фаворської, В.С. Бакірова та В.М. Ніколаєвського.

Загалом більшість дослідників феномену інвалідності говорять про те, що проблема виключення осіб з функціональними обмеженнями здоров'я існує в кожному суспільстві, незалежно від його соціально-економічного розвитку. Проте, науковці відмічають тенденції зміни процесу сприйняття в суспільстві осіб з функціональними обмеженнями здоров'я в позитивну сторону. Сьогодні державні установи та організації, громадські об'єднання та населення разом роблять перші кроки назустріч людям з функціональними обмеженнями здоров'я у сфері освіти, працевлаштування, облаштування архітектурних споруд та медичного обслуговування.

#### Література:

1. Гурович И.Я. Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба / И.Я. Гурович, Я.А Сторожаков// Социальная и клиническая психиатрия, 2003 № с. 5-10
2. Дікова-Фаворська Д.М. Повсякденність як предмет соціологічного теоретизування // Особа з вадами здоров'я в сучасному суспільстві: стратегії та основні заходи модернізації взаємин / За наук. ред. докт. соц. наук, доцент. О.М. Дікової-Фаворської – Монографія – Житомир: Приватне Підприємство «ДЖІВІЕС», 2010 – 666 с.
3. Дікова-Фаворська О.М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології. Монографія. – Житомир: «Полісся», 2009. – 488 с.
4. Зборовский К.Э. Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов: Учебно-методические пособие./Минск: Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников», 2008. – 156 с.
5. Кабанов М., Ломаченко А., Коцюбинский А., Бурковский Г., Юрьев А. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www20.brinkster.com/autism/read.asp?id=6&vol=0>
6. Красномовець В.А. Інвалідність: відображення соціального явища у тереотичних поняттях у контексті людського розвитку/ [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://www.nbuu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vpu/Ekon/2009\\_7/39.pdf](http://www.nbuu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vpu/Ekon/2009_7/39.pdf)
7. Психологопедагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями: Пособие для социальных работников, психологов, педагога в реабилитационных центров. - М.: Социальное здоровье России, 1997. – 210 с.
8. Ритцер Дж. Современные социологические теории. 5-е изд.. - СПб.: Питер, 2002 - 688 С., 2 прим.
9. Григоровський І.М. Соціальний аспект інвалідності – Львів: Топрок-Інтер, 1998. – 185 с
10. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИД // [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.aids.ru/aids/aidsdaystigma.shtml>
11. Таран К.О. Забезпечення комунікативними потребами осіб з вадами здоров'я засобами віртуального спілкування // Особа з вадами здоров'я в сучасному суспільстві: стратегії та основні заходи модернізації взаємин / За наук. ред. докт. соц. наук, доцент. О.М. Дікової-Фаворської – Монографія – Житомир: Приватне Підприємство «ДЖІВІЕС», 2010 – 666 с.
12. Тарасенко Е. Модели инвалидности (конструирование национальной концепции социальной политики) // Управление здравоохранением. 2003. № 1. С. 51-62. Рот У. Неполноценность физическая // Энциклопедия социальной работы: В 3 т. Т. 2 / Пер. с англ. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. С. 134-138.
13. Толстых Н.В. Соціальне виключення в сучасній Україні: спроба оцінки // Український соціум. – 2003. – № 1 (2). – С.81 – 85
14. Фактологический бюллетень по вопросам инвалидов/ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.un.org/russian/disabilities/default.asp?navid=30&pid=1186>
15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху/ М. Фуко СПБ: Университетская книга, 1997

16. Ярская-Смирнова Е.Р.; Неберушкина Е.К. Социальная работа с инвалидами. - СПб.: Питер., 2004.-316 с.

**ДЯЧЕНКО ІРИНА**

*Київський національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова,  
Інститут психології, соціології та управління*

## **ДО ПИТАННЯ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я**

Наш час характеризується глобальністю інтеграційних процесів, які задівають всі сфери діяльності людини. Сьогодні проблема інвалідності як багатогранне, комплексне явище, увійшла в поле зору таких галузей як реабілітація, освіта, статистика, політика, демографія, соціологія, економіка тощо. Люди з інвалідністю – уражений прошарок населення, незалежно від того були вони народжені з вадами чи набули їх в силу обставин, дискриміновані в суспільстві за відсутністю рівних можливостей, в таких життєво необхідних сферах, як доступ до освіти, працевлаштування, суспільне життя. Цей, так званий, «прошарок», згідно з статистикою, становить близько 10% від населення Землі і близько 7% населення України. В абсолютних цифрах кількість інвалідів у світі значно перевищує населення всіх країн Євросоюзу разом узятих або, скажімо, США [1].

Історія знає приклади різного ставлення до людей з інвалідністю: від фізичного знищення, сегрегації (ізоляції) до надання можливостей соціальної інтеграції і самореалізації. Історично змінювалась і громадянська позиція людей з інвалідністю. Сьогодні вони все більш активно залучаються до розробки та впровадження соціально значущих законопроектів, формування нової державної соціальної політики. Поступово позбавляючись комплексу меншовартості, люди з інвалідністю займають чітку громадянську позицію, що робить їх активними суб'єктами суспільних процесів. На жаль, більшість людей з особливими потребами залишаються останньою соціальними процесів, займаючи пасивну позицію, "позицію очікувань і спостережень", сподіваючись на те, що їх проблеми має хтось знати і вирішувати. Ця споживацька ідеологія досить поширена серед людей з інвалідністю, і саме інтенсифікація громадського руху людей з фізичними обмеженнями здоров'я може змінити ситуацію на краще. Досліджуючи окремі аспекти соціальних проблем осіб з функціональними обмеженнями у вітчизняних реаліях, треба чітко уявляти, наскільки значущим є взагалі явище інвалідності серед інших соціальних явищ сучасного українського суспільства. Проблема підтримки та реабілітації інвалідів для України є дуже гострою, тому що чисельність людей з інвалідністю в нашій державі має тенденцію до збільшення[3].

Потрібно пам'ятати, що найважливішими потребами інвалідів є максимальне збереження активності, віри в свою силу, а також відчуття захищеності та особистої свободи. Щоб їх сприймали в суспільстві такими, якими вони є, а не жаліли чи відокремлювали, підтримували у бажанні працювати і бути корисними. Щоб зрозуміти відповідальність перед людьми з особливими потребами, треба знати, що "нездоровість" вони відчувають тільки, коли ми їх не приймаємо в суспільство або починаємо жаліти. Чи дотримуються в Україні права людей з інвалідністю? Це зовсім не риторичне питання, маємо задавати собі не лише напередодні відзначення Всесвітнього дня інвалідів, адже люди з особливими потребами весь час живуть поруч нас. І проблеми їхні полягають не лише в медичному забезпеченні, а дуже часто у неможливості знайти пристойну роботу, яка б не лише давала відчуття особистісної реалізованості, а й приносила гідне матеріальне забезпечення. На разі це і є актуальністю дослідження.

Мета даної статті – дослідження проблем соціальної інтеграції людей з особливими потребами на ринку праці.

У житті людини робота займає одне з найважливіших місць. Тільки реалізувавшись професійно, відчувши свою затребуваність у суспільстві можна стати по-справжньому щасливою людиною й жити повноцінним насиченим життям. А для того, щоб реалізувати себе в професії, необхідно знайти роботу по душі і, звичайно, ту, що відповідає вашим схильностям, здібностям і можливостям. А це досить непросто, особливо особам з обмеженими фізичними можливостями і молодим людям, які тільки визначаються в житті й шукають своє перше робоче місце. Інваліди відносяться до уразливих груп населення, потребують соціальної захищеності через те, що їм важко конкурувати на ринку праці в сучасних економічних умовах[1].

Проблемі соціально-професійної реабілітації інвалідів присвячено багато наукових досліджень, як зарубіжних, так і вітчизняних авторів: О.М. Дікової-Фаворської, К.Бондарчука, М.Талан, І.Верховод, а також монографічні дослідження А. М. Амосова, Д. Вернер, С.А. Подольської, О. А., В. О. Скворцової, О. Ярської-Смірнової, П.Романова, Т. Белова, С. Андрейчuka, З. Матвієнко.

Кожна держава відповідно до рівня свого розвитку формує соціальну та економічну політику по відношенню до інвалідів. Одним із основних критеріїв ефективності цієї політики має бути орієнтація на досягнення повної реабілітації – зняття статусу інваліда, або часткової реабілітації – переходу у більш легку групу інвалідності. Цивілізованість суспільства визначається саме його ставленням до соціально незахищених верств населення, у тому числі й людей з особливими потребами. Рівень освіченості, культури, моральності людини підтверджується її здатністю допомогти, попіклуватися про того, кому важко: побудувати пандус біля магазину чи аптеки, приладнати спеціальну сходинку до транспортного засобу та ще багато чого іншого, що може зробити кожен з нас, щоб полегшити життя таким людям. Рівень державного соціального захисту осіб з

обмеженими фізичними можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому. Проблема інвалідів понад півстоліття є предметом уваги з боку ООН та інших міжнародних організацій. Входження України в Європейський Союз потребує виконання норм і стандартів Європейської соціальної хартії. Їх суть - сприяти всебічній соціальній інтеграції інвалідів та участі в житті суспільства [2].

Згідно з Конституцією України, кожному громадянину держави гарантовано право на працю, вільне обрання професії та можливість заробляти собі на життя працею. Міжнародні організації в своїх документах приділяють багато уваги проблемі забезпечення рівних прав інвалідів, їхньої інтеграції в суспільство. В Україні, відповідно до міжнародних вимог, створено належну нормативно – правову базу для забезпечення права осіб із обмеженими можливостями на гідну працю. Не можливо не звернути увагу і на практичну сторону даного питання, хотілося б звернути увагу на проект дворічного функціонування «Кожен має право на працю». Його метою була покращення можливостей для зайнятості молоді з особливими потребами. У жовтні 2002 року виповнилося одинадцять років Фонду соціального захисту інвалідів, створеного з метою забезпечення реалізації загальнодержавних програм та інших заходів щодо соціального захисту, соціально-трудової та медичної реабілітації інвалідів і залучення їх до суспільно корисної діяльності, що передбачає "забезпечення рівних можливостей". Важливим елементом проекту стала організація ярмарків вакансій для людей з інвалідністю. Як повідомив виконавчий директор фонду «Східна Європа» Віктор Лях, даний проект створив ефективну модель партнерства органів влади, бізнесу та громадських організацій, яка покликана сприяти вирішенню проблем соціальної інтеграції та працевлаштування і професійної підготовки молоді з інвалідністю.

Здобуття повноцінної освіти, професії є вельми важливим фактором у житті кожної людини, а для інваліда це набирає особливого значення. Набуття молодими інвалідами фахових навичок дає їм змогу соціально адаптуватись, реалізувати свої здібності з подальшою інтеграцією у суспільство. Тому подібні фонди, розуміючи це, намагаються всіляко допомагати інвалідам у набутті професій, конкурентоспроможних на ринку праці, та здобутті освіти.

Для порівняння, у Литві працює близько 10% інвалідів. Велика частина людей з особливими потребами у Литві хочуть бути на ринку праці. Директор Інституту праці та соціальних досліджень Богуславас Гружецькіс зазначив, що людей з обмеженими можливостями потрібно не тільки працевлаштовувати, а й інтегрувати створювану ними продукцію в економіку. "Потрібно більше економічної раціональності й обґрунтованості. Звичайно, потрібна грошова допомога, але вона має бути орієнтована на загальне функціонування економічної системи, що нам не завжди вдається забезпечити, коли мова йде про соціальні підприємства. Присутній соціальний ефект, як елемент соціальної політики, а хотілося б, щоб це було частиною економіки", - наголосив Гружецькіс[7]. Цим самим наголошуєчи на тому, що інвалідів треба працевлаштовувати заради їх соціальної інтеграції.

Структурним елементом громадянського суспільства є його соціальна організація. Економісти виділяють три основні групи населення: підприємці, наймані робітники і непрацездатні громадяни. Забезпечення зваженого балансу економічних інтересів і статків цих груп є важливим напрямом соціальної політики. Що ж до непрацездатних громадян, то їм необхідно забезпечити адресну соціальну допомогу, визначити норми соціального забезпечення і обслуговування, які дозволяють підтримувати прийнятний рівень їхнього життя.

Якщо на початку ХХ століття основними проблемами були турбота й догляд за хворими інвалідами, то в середині століття активно піднімається питання їхнього навчання, одержання ними технічних засобів пересування, інтеграції їх у суспільство. Соціальна держава бере на себе турботи про матеріальний добробут громадян, здійснюючи функцію регулювання економіки з обов'язковим урахуванням економічних вимог, забезпечуючи захист економічних і соціальних прав людини.

Як уже згадувалось вище, за офіційними даними, люди з обмеженими можливостями становлять близько 10% населення світу - це майже 650-ти мільйонів, з них понад два з половиною мільйони проживає в Україні. Протягом останнього десятиріччя в Україні домінує тенденція зростання інвалідності. Якщо на початку 90-х років загальна чисельність інвалідів становила 1,5 млн., то у 2009 році - понад 2,5 млн. осіб. В Україні прослідовується низький показник трудової активності осіб з обмеженими фізичними можливостями [6].

Досвід розвинутих країн Європи у сфері соціального захисту громадян з особливими потребами свідчить, що державна соціальна політика на основі компенсаційних витрат (пенсії, грошова допомога, пільги, компенсації тощо) неефективна. Нині перспективнішим вважається спрямування коштів на створення доступного для інвалідів середовища для існування, навчання, створення спеціальних і облаштування наявних робочих місць. Інтеграція інвалідів у суспільство відбувається завдяки компенсаційній реабілітації, де трудові відносини є головними. У США працюють 30%, Великобританії - 40%, Швеції - 60%, Китаї - 80% інвалідів[2].

Перехід України на європейські стандарти життя обумовлює нові підходи до вирішення проблем зайнятості та працевлаштування інвалідів. У державній політиці щодо осіб з інвалідністю пасивні заходи змінюються активними заходами, які пов'язані із забезпеченням їхнього права на працю через надання рівних можливостей на ринку праці, створення сприятливих умов оплачуваної роботи. Україна як член Ради Європи приєдналась до Соціальної Хартії, яка визначає право громадян з інвалідністю на незалежність, соціальну інтеграцію та участь у суспільному житті. Держава зобов'язалась активно сприяти зайнятості інвалідів, професійно орієнтувати їх, залучати до роботи та створювати для них спеціальні робочі місця.

Особливої актуальності проблема зайнятості інвалідів набуває у зв'язку з постійним зростанням їхньої чисельності, що викликає соціальну напругу в суспільстві, оскільки для інвалідів мати роботу - це можливість підвищити соціальний статус, свою значущість, поліпшити добробут. Для суспільства працюючий інвалід - це розв'язання багатьох соціальних проблем.

Отже, європейська орієнтація України потребує нових підходів до розв'язання проблем зайнятості інвалідів. Ця категорія громадян повинна мати не тільки права, а й державні гарантії праці. Практика показує, що залучення громадян з інвалідністю до сфери праці важливе як для них самих, так і для держави. Таким чином, підвищується життєвий рівень інвалідів, збільшується їхня платоспроможність, а також можливість самореалізації. Різні організації нерідко виступають із гаслами незалежності для інвалідів, пропонуючи нові способи інтеграції в суспільство, можливості для освіти і працевлаштування. В цьому випадку незалежність, як мета, визначена. Однак це не можна назвати незалежністю від суспільства або грошей, як хтось собі уявляє. Скоріше, це незалежність інваліда від своєї інвалідності. Тобто право на рівні можливості для життя у світі здорових людей.

#### Література:

1. Актуальні проблеми професійної самореалізації осіб з особливими потребами на ринку праці: збірник наукових праць/ упоряд.: М.П.Лукашевич, Н.В.Коляденко, В.І.Жуков, О.М.Ковбаско. – К.: ІПК ДСЗУ, 2008. – 131 с.
2. Декларації Організації Об'єднаних Націй. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
3. Дикова-Фаворская Е. М. Проблемы и факторы адаптации молодых людей с особыми потребностями к новым социокультурным условиям / Елена Михайловна Дикова-Фаворская. // Методология, теория и практика социологического анализа современного общества: Зборник научных работ.– Харьков: Выдавничий центр Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина, 2007. – С. 555-559.
4. Дикова-Фаворская Е. М. Самореализация людей с функциональными ограничениями: потребности и возможности в современном украинском обществе./ Елена Михайловна Дикова-Фаворская. // Зборник наукових праць №7 «Социологичні дослідження». – Луганськ, 2008. – С. 79-93.
5. Закон України про реабілітацію інвалідів в Україні // Відом. Верховної Ради України.- 2006.- № 2-З.- Ст.36
6. Крикунов Ю.В. Актуальні проблеми навчання і перекваліфікації людей з особливими потребами. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: 36. наукових праць.- К.: Університет "Україна", 2004.- 448 с.
7. Петроє О. М. Гарантії захисту інвалідів у системі соціально -трудових відносин// Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав інвалідів у сфері праці . - К : Ун -т "Україна", Всеукр . центр проф . реабілітації інвалідів , 2007. - С . 43-67
8. Соціальна адаптація дітей та молоді з вадами розвитку: Звіт про НДР / Державний ін-т проблем сім'ї та молоді; Державний центр соціальних служб для молоді. – К., 2002. – 122 с. – Арх. ДІПСМ.
9. Штомпка П. Социология. Анализ современного общества. – М.: Логос, 2005. – 664 с.

**Кузьмич Юлія**

*Луцький інститут розвитку людини ВНЗ «Університет «Україна»*

### **ГУМАНІСТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ У ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНИ МОЖЛИВОСТІ**

Соціальна робота базується на принципах гуманізму, які передбачають визнання людини найвищою цінністю, захист її гідності і громадянських прав, створення умов для вільного і всебічного вияву здібностей кожного. Не є виключенням у цьому твердженні особлива група клієнтів соціальної роботи – діти з обмеженими можливостями. Сьогодні основний орієнтир духовності та гуманізму державної політики України стосовно дітей з обмеженими можливостями відтворюється у прийнятті указів і законів, постанов і положень Верховної ради і Кабінету Міністрів України, які спрямовані на всебічний захист дитини та дитини з обмеженими можливостями (Декларація о правах інвалідов, Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям - інвалідам”, Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”). Не оминають свою увагою дану проблему відомі науковці (Л.Аксюонова, В.Бондар, Є.Бондаренко, М.Веденіна, М.Власова, О.Глоба, В.Григоренко, П.Горностай, М.Єфіменко, І.Зверєва, Г.Іващенко, Г.Коберник, Є.Кожевнікова, М.Козленко, Г.Лактіонова, В.Лапшин, В.Липа, Г.Мерсіянова)

Однак, проблема гуманізму в роботі з дітьми з обмеженими можливостями залишається актуальною та гострою.

Метою статті є вивчення гуманістичних напрямів психолого-педагогічної науки у підготовці соціальних працівників до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості; аналіз праць сучасних авторів, які займаються питаннями гуманізму в соціальній роботі з дітьми, які мають обмежені можливості.

Завдання дослідження: проаналізувати спеціальну літературу та існуючий досвід, що стосуються гуманності в соціальній роботі з дітьми з вищевказаними особливостями.

За Міжнародною декларацією етичних принципів соціальної роботи, працівники діють на благо людини, якщо чітко дотримуються таких головних принципів: кожна людина є унікальною цінністю, на яку слід зважати і ставитись з повагою; кожна людина має право на самореалізацію такою мірою, щоб це не утискувало таке ж право інших людей; кожне суспільство повинно функціонувати так, щоб забезпечити максимальні блага для всіх своїх членів; соціальні працівники віддані принципам соціальної справедливості; соціальні працівники зобов'язані присвятити здобуті знання і навички наданню допомоги окремим особам та групам в їх розвитку та розв'язанні конфліктів як поміж собою, так і в стосунках із суспільством та наслідків цих конфліктів; соціальні працівники повинні надавати якомога кращу допомогу будь-кому, хто потребує допомоги та поради, не маючи несправедливих обмежень щодо статі, віку, непрацездатності, расової принадлежності, соціального класу, походження, релігії, мови, політичних переконань або сексуальної орієнтації; соціальні працівники поважають головні права людини, осіб та груп людей відповідно до міжнародної декларації прав людини ООН та інших міжнародних конвенцій, що випливають з цієї Декларації; соціальні працівники ставляться з повагою до принципів приватного життя, конфіденційності та відповідального використання інформації в своїй професійній роботі; соціальні працівники повинні повною мірою співпрацювати зі своїми клієнтами заради інтересів останніх, водночас віддаючи належну повагу інтересам інших людей; соціальні працівники повинні звести до мінімуму застосування правового примусу у розв'язанні проблем клієнта; соціальна робота не сумісна з прямою або непрямою підтримкою осіб, груп індивідів, політичних сил або силових структур, які використовують тероризм, тортури та інші заходи, спрямовані на пригноблення людей; соціальні працівники приймають етично обґрунтовані рішення й дотримуються їх, віддаючи належну повагу положенням Міжнародної декларації етичних принципів МФСП, а також положенням міжнародних етичних стандартів соціальних працівників, ухвалених їхньою професійною асоціацією [2, с. 67].

Ю.О.Долинний виділяє такі напрямки у гуманізації соціальної роботи з дітьми, які мають обмежені можливості:

- напрямок, пов'язаний з недоліками фінансового і матеріально-технічного забезпечення. Значна частина дітей з вадами народжується в сім'ях, які ще до народження дитини мали невеликий дохід. Проблеми, з якими стикаються ці сім'ї після народження дитини, потребують постійної фінансової чи матеріальної підтримки. У цьому питанні велике значення має гуманне ставлення до дітей з обмеженими можливостями та їх сімей державних відомств, які по мірі можливості оптимально вирішують ці проблеми;

- напрямок, пов'язаний з інформаційним забезпеченням сімей, які мають дітей з обмеженими можливостями. Брак інформації відчувається батьками з перших тижнів народження дитини. Інформаційно-просвітницька робота медпрацівників, педагогів, психологів та інших фахівців з батьками цих дітей надають можливість більш якісно вирішувати питання реабілітації та соціальної адаптації цих дітей до навколоїшнього середовища. Велике значення у подальшому розвитку дитини відіграє надання інформації про спеціалізовану (відповідно до виду захворювання) медичну, соціальну, освітянську, правову допомогу, встановлення контактів з різноманітними державними і громадськими організаціями;

- навчання дітей з обмеженими можливостями також має велике значення у подальшому розвитку дитини. Надання можливості таким дітям навчатися у спеціальних та загальноосвітніх школах. Розробка спеціалізованих програм та методик для навчання цих дітей з урахуванням психофізичних уражень. Організація та робота спеціальних секцій для занять музикою, танцями, доступними видами спорту тощо. Усе це є проявом гуманізму фахівців усіх напрямків (педагогів, дефектологів, психологів) структури освіти;

- система охорони здоров'я щодо дітей з функціональними обмеженнями – один з основних напрямків соціальної роботи. Надання своєчасної і кваліфікованої допомоги; своєчасні поради батькам; перманентне профілактичне обслуговування, послуги постійного сімейного лікаря-психотерапевта; проведення профілактичних медичних оглядів; бесіди, консультації, семінари – все це є проявом гуманного ставлення медичних працівників і медичних установ щодо сімей, які мають дітей з обмеженими можливостями;

- гуманістичне ставлення соціальних та спеціалізованих педагогічних служб. Так, наприклад, члени сімей, в яких є діти з порушеннями слуху й мовлення, потребують неодмінного навчання альтернативним формам спілкування (сурдопереклад, читання по губах тощо). У родинах з дітьми з порушенням зору потрібні навчання і допомога у засвоєнні засобів тактильного набуття інформації та інтеграції в оточуючий фізичний простір. Догляд і виховання дітей із порушеннями інтелектуального розвитку вимагають опанування специфічних методів, спокійного, затишного оточення. Сім'ї з психоневрологічними хворими потребують постійної опіки соціальних працівників, психологів, психотерапевтів і навіть правозахисників з метою пом'якшення соціальних конфліктів, які виникають у сімейному і позасімейному оточенні внаслідок неадекватних реакцій дитини з функціональними обмеженнями на різноманітні життєві ситуації. Особам з порушеннями функцій опорно-рухового апарату потрібна допомога в самообслуговуванні, пересуванні, доступі до потребних об'єктів фізичного оточення. У родинах з дітьми, які мають хронічні соматичні захворювання, найбільш болючі проблеми пов'язані з потребою постійного медикаментозного лікування, періодичної госпіталізації, навчання навичкам контролю стану здоров'я, організації спеціального режиму життедіяльності. Okрім спеціалізованої допомоги, в залежності від виду захворювання, усі зазначені родини потребують і загальної постійної опіки психологів та соціальних працівників для пом'якшення і, по можливості, зняття постійної нервово-психічної напруженості. Неабияку

складність становлять проблеми фізичного доступу до архітектурних споруд, транспортні проблеми, проблеми зв'язку, спілкування. Ці перешкоди, які супроводжують дитину з обмеженими можливостями, цілковито усувають соціальні та спеціалізовані педагогічні служби [1, с. 201].

О.П. Сергеєнкова стверджує: «... підготовка фахівця – соціального працівника повинна базуватися на освітніх технологіях, що забезпечують його професійно-особистісний розвиток і саморозвиток» [3, i]. Також вона зазначає: «У основу змісту професійної освіти соціального працівника мають бути покладені наступні принципи: фундаментальність – теоретико-методологічна ґрунтовність і якість загально професійної і спеціалізованої підготовки; універсальність – повнота набору учебових дисциплін, що забезпечують базову підготовку в єдиності з дисциплінами спеціалізації; інтегративність – міждисциплінарне об'єднання наукових досліджень і учебових предметів, учебового процесу в цілому; варіативність – гнучке поєднання базових учебових курсів і дисциплін спеціалізації, різноманітність освітніх технологій, адекватних індивідуальним можливостям і особливостям особистості студента, вибір об'єму і темпів у засвоєнні навчальної інформації; професійність – опанування різних соціально-педагогічних технологій та психотехнік; багаторівневість – до вузівська і вузівська підготовка, аспірантура і докторантura, різноманітні форми після вузівської і додаткової освіти» [3, i].

О.В. Тополь стверджує: «Готуючи соціальних працівників, необхідно враховувати всю складність морально-етичних проблем, з якими доведеться зіткнутися в майбутній професійній діяльності. Невміння подолати професійний стрес, що може виникнути при роботі з різними випадками особистих та соціальних негараздів, психологічний конфлікт цінностей створюють ефект професійного «вигорання» навіть добре обізнаного і високоморального соціального працівника. Засвоєння студентами професійних норм і цінностей при підготовці до соціальної роботи є необхідним елементом навчання та входження в професію. Етичні правила визначають загальні орієнтири поведінки, але вибір рішення соціальним працівником буде залежати від багатьох реальних обставин. ... Сучасна соціальна робота звільнена від чітких ідеологічних догм, тому підвищується інтерес до ціннісного аспекту діяльності й морально-етичних проблем. І в цьому значенні важливо розвивати у майбутніх спеціалістів соціальної сфери моральну чутливість» [4, i].

Отже, систематично впроваджувана соціальна інтеграція й адаптація дітей з обмеженими можливостями до навколишнього середовища й суспільства, соціальна робота всіх фахівців у цьому напрямку по своїй суті безпосередньо є прямим втіленням гуманізму й духовності стосовно таких дітей. Такі особисті якості, як витримка, толерантність, врівноваженість, розсудливість, інтуїтивність є надзвичайно важливими для соціального працівника.

#### Література:

1. Долинний Ю.О. Гуманізм у соціальній роботі з дітьми, які мають обмежені можливості / Ю.О. Долинний // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – N 10. – С. 200-202.
2. Етика соціальної роботи: принципи і стандарти. Ухвалено Міжнародною федерацією соціальних працівників (МФСП). Коломбо, Шрі Ланка, 6-8 липня 1994р. / Переклад з англ.. Н.Білоус // Соціальна політика і соціальна робота. – 1998. - №4 (8). – С.67-75.
3. Сергєєнкова О.П. Гуманістична парадигма професійної підготовки соціальних працівників / О.П.Сергєєнкова // Вісник психології і соціальної педагогіки. [Електронний ресурс]: <http://psyh.kiev.ua>.
4. Тополь О.В. Гуманістична спрямованість підготовки соціальних працівників: морально-етичні проблеми / О.В.Тополь // [Електронний ресурс]: <http://conf.vstu.vinnica.ua>.

**МІНЕНКО КАТЕРИНА**

Житомирський економіко-гуманітарний інституту ВНЗ «Університет «Україна»

### **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я**

Постановка проблеми. В Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення чисельності інвалідів, зокрема таке зростання відбувається внаслідок зниження рівня медичного обслуговування, зростання побутового і виробничого травматизму, складної екологічної ситуації, котра обтяжується змінами в соціально-економічній сфері. Поряд із цим сім'ї, що мають дітей із порушеннями фізичного і (або) психічного розвитку, стає дедалі більше, і вони представляють одну з найуразливіших груп населення.

Всесвітня декларація прав людини гарантує особам з обмеженими фізичними чи інтелектуальними можливостями право на повну і рівну участь у всіх сферах життя суспільства. Реально ці люди часто позбавлені можливості такої участі внаслідок байдужого ставлення до них з боку суспільства, відсутності необхідних умов (засобів пересування, матеріальних негараздів, ліків), а тому перетворюються на неповноцінних членів суспільства.

Процеси гуманізації суспільного життя, які відбуваються на сучасному етапі розвитку нашої держави, потребують невідкладного вирішення благородного завдання знаходження шляхів підвищення «цінності життя»,

соціальної адаптації, реабілітації, інтеграції інвалідів, їх активної участі в житті, забезпечення рівності неповносправних дітей і здорових однолітків.

Сьогодні рух інвалідів дитинства разом з інвалідами інших категорій перебуває в центрі уваги суспільного життя. За станом інвалідів, особливо інвалідів дитинства, можна говорити про морально-психологічний клімат в суспільстві, про його економічні можливості.

У розвинутих країнах розробка проблем соціального захисту, соціальної реабілітації і інтеграції інвалідів, взаємодія їх із здорововою частиною населення відноситься до числа пріоритетних спрямувань наукових досліджень. У нашій країні ця проблема тільки починає розроблятися не тільки серед спеціалістів, які займаються теоретичними розробками, але і в організаціях, які безпосередньо здійснюють соціальну політику. Саме тому бракує достатньої інформації про фактичний стан справ у цій галузі.

Провідні зарубіжні реабілітологи розглядають інвалідність не тільки як певну хворобу, але і як сукупність обставин, в яких змушені жити людина. Тому вважають, що важливо запропонувати їй такі види допомоги, які б дозволили пристосуватися до цих обставин і жити максимально повноцінним життям. При цьому необхідно спостерігати за станом пацієнта до досягнення ним можливого рівня реабілітації. На цей час реабілітаційні заходи в основному зводяться до медичних втручань, які часто не приводять до досягнення реальних результатів. У той же час, бракує наукових розробок у галузі соціально-педагогічного супроводу вказаної категорії хворих.

Зокрема, дослідження цієї проблеми, способи і методи її вирішення висвітлені в працях таких провідних фахівців, як Айшервуд А., Зварник М., Орел І. (досліджували права дітей-інвалідів); Качан Л., Патієв М. (досліджували особливості соціального захисту дітей-інвалідів); Тропіна В., Шевчук П. (досліджували державну політику соціального захисту); Зимня В., Іванова А., Губіна В., Лукова О., Ревай О. (досліджували перспективи соціальної адаптації дітей з обмеженими фізичними можливостями).

Згідно з міжнародною класифікацією, людей з обмеженими можливостями можна віднести до таких груп: люди, які мають вади слуху; проблеми зору; проблеми опорно-рухового апарату; діабет, епілепсію, астму; загальні захворювання; порушення або затримку психічного розвитку [9].

До недавніх часів проблеми людей з функціональними обмеженнями стосувалися лише самої людини, яка має інвалідність, та її сім'ї. І лише в останні роки суспільство взяло на себе відповідальність за створення сприятливих і безпечних умов життя для людей з функціональними обмеженнями.

Соціальна робота з інвалідами є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої - правові основи соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами тощо.

Однією з основних технологій соціальної роботи з людьми з обмеженими функціональними можливостями є їх соціальна реабілітація.

Соціальна реабілітація інвалідів - це система відновлення соціальних взаємозв'язків, соціального статусу, працевдатності через комплекс соціально-медичних, соціально-психологічних і соціально-правових заходів.

Соціальна реабілітація людей з обмеженими можливостями здійснюється за допомогою реалізації соціальних проектів, програм через надання соціальних послуг державними структурами (центри соціальних служб сім'ї, дітей та молоді, реабілітаційні центри, інтернатні заклади тощо) та громадськими організаціями [6].

Державні і недержавні соціальні служби (заклади, організації, установи тощо) утворюють систему соціального обслуговування населення. Система, з одного боку, є важливим сектором соціальної сфери, який потребує належного нормативно-правового регулювання, а з іншого - виступає технологією соціальної роботи, комплексом заходів для підтримки соціально вразливих груп населення, що здійснюються через спеціально організовані для цього інституції.

Наразі, в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості недержавних організацій, які надають соціальні послуги людям з особливими потребами. Зростання внеску недержавних організацій у надання соціальних послуг та реалізацію соціальних проектів спричинено низкою причин, а саме: кризою розпаду тоталітарної держави та слабкою спроможністю державної системи соціального захисту людей; зростанням недовіри громадян до діючих державних інституцій та установ; неможливістю належного виконання державою взятих на себе зобов'язань та соціальних гарантій; прагненням людей реалізувати свої інтереси та задоволінні наявні потреби; намаганнями людей знайти тих, хто має аналогічні проблеми; появою кваліфікованих фахівців із соціальної роботи з такою категорією клієнтів, яким хотілося впровадити інноваційні моделі практики, відмінні від традиційно поширених у державних соціальних службах [8].

Організації, які працюють з людьми з особливими потребами, переважно створюються з ініціативи батьків дітей-інвалідів або самих інвалідів. Їх допомога спрямована на створення потрібних умов для поліпшення економічних умов сім'ї - надання матеріальної, гуманітарної допомоги, медикаментів. Особлива увага приділяється також проблемі соціальної реабілітації інвалідів, їх інтеграції у суспільство. Засобами досягнення мети тут виступають заняття спортом, організація екскурсій, спільній відпочинок, видання газет і журналів.

Окрім дозвіллєвих форм роботи важливе місце посідає трудова діяльність: формування та розвиток трудових навичок, які є доступними для людини, зважаючи на її особливості.

Діяльність неурядових організацій, що працюють з людьми з особливими потребами, є важливим фактором допомоги в розвитку культури, освіти, охорони здоров'я, вирішення їхніх проблем, соціалізації і залучення до активного суспільного життя. Всі форми роботи реалізуються у вигляді соціальних послуг, які отримує людина з особливими потребами [5].

При наданні соціальних послуг людям з обмеженими можливостями необхідно враховувати важливі чинники розвитку їх особистості: потреба в позитивній увазі, безоцінному прийнятті з боку оточуючих, усунення стигматизації й передженого ставлення; розширення власних ресурсів щодо задоволення своїх потреб; створення адаптованої ситуації для успішної діяльності; розвиток ініціативи. Також важливо брати до уваги домінуючу негативну особистісну утворення в людей з обмеженими можливостями: комплекс неповноцінності, відчуття неспроможності виконувати деякі функції, підвищеною потребу у захисті; відчуття несхожості на інших, відчуженість від них; почуття самотності внаслідок обмеженості контактів із зовнішнім світом, підлеглість у контактах; надмірне очікування допомоги як компенсація за дефект; підвищеною тривожністю, що вказує на дезадаптованість; заниженну самооцінку, що вказує на неприйняття своєї інвалідності та використання деструктивних захисних механізмів; наявність акцентуації характеру; екзистенційні проблеми, відчуття втрати сенсу життя [6].

Соціальні послуги, які надаються людям з обмеженими можливостями, спрямовані на вирішення їхніх складних життєвих обставин через:

- надання матеріальної підтримки (гуманітарна допомога; допомога в оформленні потрібної документації, репрезентація інтересів перед органами державної та місцевої влади; -юридичне консультування; адвокачія); проблеми виникають через різницю між реальним прожитковим мінімумом та встановленими виплатами по інвалідності, брак реалізації визначених законодавством пільг і нестачу деяких додаткових, недостатність безкоштовного забезпечення технічними і медичними засобами лікування, реабілітації, компенсації вад і захворювань;

- забезпечення належного медичного обслуговування (допомога з медикаментами; забезпечення здорових та безпечних умов у помешканні; купівля спеціального обладнання для догляду за людиною з обмеженими можливостями чи її пересування; влаштування на оздоровлення; організація медичного обстеження, догляду (лікарського або сестринського); реабілітаційні програми); проблеми виникають через недостатню кількість і якість послуг безкоштовного лікування, а також профілактики, реабілітації та ранньої діагностики, брак спеціалізованих закладів і кваліфікованих фахівців, особливо в обласних і районних містах та селах, недостатню забезпеченість оздоровлення та санаторного лікування, зокрема брак путівок для дітей із батьками.

- організацію психологічної допомоги дітям і батькам (психологічне консультування з питань внутрішньосімейних стосунків чи потреб дитини; навчанням батьків навичкам догляду за дитиною; залученням батьків до груп взаємодопомоги); проблеми виникають через нестачу відповідних осередків і фахівців, матеріально-технічного та інформаційно-методичного забезпечення, відсутність впровадження інноваційних методів роботи (арт-терапія, іпотерапія, кулінарна терапія, піскова психотерапія, танцювально-рухова терапія) [9].

- організацію освіти й професійного навчання ( влаштування по можливості дитини-інваліда в дитячий садок; організація інтегрованого-інклюзивного навчання; сприяння в професійному навчанні; проведення корекційних та реабілітаційних занять; організація дозвілля; формування трудових навичок; підтримка незалежного життя)-, проблеми виникають через нестачу спеціальних груп у дитячих садках і спеціальних класів у загальноосвітніх школах, спеціальних школ, недостатньою якістю надомного навчання і спеціальної підготовки педагогів, що його здійснюють, недостатністю закладів професійного навчання і можливостей безкоштовного продовження освіти;

- створення умов для працевлаштування дітей і батьків (консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку; сприяння працевлаштуванню), проблеми виникають через невиконання законодавчих квот щодо працевлаштування, нестачу спеціальних робочих місць, прийнятного режиму і умов праці, брак можливостей надомної праці спеціалізованих підприємств;

- спілкування, заняття улюбленими справами (створення клубів за інтересами, сайтів знайомств, організація системи наставництва, патронажу), проблеми виникають через нестачу осередків - клубів, денних центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, творчих майстерень, інноваційних форм роботи - груп взаємодопомоги, спеціальних змін у таборах відпочинку.

- підготовку дітей та молоді до самостійного життя (створення груп взаємодопомоги, профспілок інвалідів, організація курсів за певними професійними спрямуваннями, організація служб знайомств), проблеми виникають через нестачу центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, закладів професійної орієнтації та навчання, діяльності щодо сприяння працевлаштуванню, створення спеціалізованих служб знайомств;

- вільне пересування (моніторинг за дотриманням умов безбар'єрності середовища; облаштування місця проживання, перебування людини з обмеженими можливостями), проблеми виникають через невиконання вимог законодавства щодо пристосування будівельних споруд і транспорту до потреб людей з функціональними обмеженнями, певну нестачу транспортних пільг [9]

Увесь спектр соціальних послуг, які надають громадські організації людям з обмеженими можливостями, та комплекс соціальних проблем, які вони ставлять за мету вирішити, нададуть можливість людям з обмеженими можливостями та їхнім сім'ям отримати необхідну матеріальну та моральну підтримку, а також одержати допомогу в адаптації у складних умовах їх існування.

#### Література:

1. Актуальні питання соціально-реабілітаційної технології допомоги дітям, молоді з функціональними обмеженнями та їх батькам / за заг. ред. К.С. Шендеровського. - К.: КМДССМ, 2003. - 108 с.
2. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола / Заг. ред. А.Й. Капської. - К., 2002.-164 с.
3. Довідник соціального працівника мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді столиці щодо соціальної роботи з дітьми та молод дю з функціональними обмеженнями у м. Києві. - К., 2007. -75 с.
4. Комар Т.О., Довгалюк І.С. Соціально-психологічна робота з людьми з особливими потребами: науково-методичні матеріали. - Вінниця, 2004. - 50 с.
5. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва / За ред. проф. А.Й. Капської. - К.: ДЦССМ, 2002. - 96 с.
6. Соціальна робота /соціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За заг. ред. І.Д. Зверевої - К.: Етносфера, 1994. - 87 с.
7. Соціальна робота в Україні / за заг. ред. І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. - К., 2004. - 256 с.
8. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: наук.-навч.-метод. посібник для студентів, магістрів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи / С.Я. Харченко, М.С. Кратников та ін. - Луганськ : Альма-матер, 2003. - 198 с.
9. Форми і методи соціальної роботи в системі центрів соціальних служб для молоді / за заг. ред. С.В. Толстоухової, І.М. Пінчук. - К.: УДЦССМ, 2000. – 128 с.
10. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навч. посібник. - К.: Центр навч. літератури, 2006. -406 с.

*МІРОШНІЧЕНКО Костянтин*

*Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»*

### **ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ СТИГМАТИЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ОБМЕЖЕННЯМ ЗДОРОВ’Я**

Діти - майбутнє кожної країни. Одним із найважливіших чинників прогресивного суспільства є гуманне, милосердне та дбайливе ставлення до дітей і молоді, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок порушень психічного та фізичного розвитку або втрати сім'ї. Милосердя до дітей і турбота про них, стали поширюватися із зміцненням християнського світогляду. Основою для такого ставлення стала одна з головних заповідей християнства – любов до близького. Особливу занепокоєність викликають масові порушення конституційних прав дітей з фізичними обмеженнями здоров’я.

Істотним чинником, що впливає на формування соціального статусу людей з обмеженими можливостями (ОМ) життєдіяльності, є соціальна стигматизація. У соціологічній науці стигматизація визначається як процес прикріплення "ярликів" до соціального статусу індивіда, що відхиляється з тих чи інших характеристиках від масового або загальноприйнятого [2].

Отже, мета нашої статті визначити вплив соціальної стигматизації на дітей з фізичними обмеженнями здоров’я.

Приблизно з середини 1970-х рр. визначились і почали отримувати все більшого поширення, насамперед в економічно розвинутих країнах, нові підходи у ставленні до людей з обмеженими можливостями [4]. Сучасна політика держави щодо людей з обмеженими можливостями – це результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику в різні періоди часу. Протягом багатьох років політика стосовно інвалідів розвивалась від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

Інвалідність у дітей означає істотне обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями в розвитку, утрудненнями в самообслуговувані, спілкувані, навчанні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєння дітьми з функціональними обмеженнями здоров’я соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства певних додаткових мір, засобів і зусиль (це можуть бути спеціальні програми, спеціальні центри реабілітації, спеціальні учбові заклади) [10]. До інвалідів у нашому суспільстві відносяться по різному: одні – абсолютно байдужі до них, другі – жаліють їх, треті – активно допомагають їм. Крім того, існує стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами і прирікає її на повну ізоляцію [1].

Стигма - результат категоризації окремих рис особистості або особистої ідентичності в цілому як девіантної, що відхиляється від норми. Найбільший внесок в соціологічну концептуалізацію стигми внес американський соціолог І. Гофман в однійменній роботі (1963). У концепції стигматизації І. Гофман, людина з відхиленнями у розвитку традиційно розуміється всіма як людина зі стигмою, як редукований в порівнянні з цілісним і звичайним індивідом і тому представляється як щось менше, ніж повністю людина. Відповідно до пояснень, стигма означає не тілесний прояв недоліків, а скоріше, соціальне приписування індивіду або групі атрибутиві ганьби і безчестя. Це наділяє людину сформульованими культурою негативними якостями, яких у нього, можливо і немає. Все викладене може сприяти формуванню у індивіда заниженої самооцінки, мінімізації порога психосоціальної уразливості, може привести до замкнутості, відсутності позитивної мотивації до діяльності. Греки придумали термін «стигма» для опису тілесних знаків, покликаних демонструвати щось незвичайне, або погане про моральний статус позначається ними індивіда. Ці вирізані або випалені на тілі знаки говорили про те, що їх носій - раб, злочинець чи зрадник, тобто людина, що заплямував себе ганьбою, ритуально нечистий, той, кого слід сторонитися, особливо в публічних місцях. Пізніше, за часів християнства, до терміну додалися два нових шари метафори: по-перше, висип на шкірі стала сприйматися як свідчення божої милості, і, по-друге, аналогічний статус знайшли тілесні свідчення тих чи інших фізичних недоліків - тобто медичний факт виявився зв'язаним з релігійними віруваннями. Зараз цей термін широко використовується головним чином у первісному буквальному сенсі, проте не стільки позначає знак на тілі, скільки вказує на ганебний статус індивіда як такої. Зміни торкнулися також і погляди на те, який статус / вчинок вважати ганебним [3].

На відмінну від Гофмана, сучасний швейцарський психіатр А. Фінзен виділяє інші типи стигми:

1) вроджена стигма (різні юродства та атавізми тощо);

2) стигма через хворобу: в сучасному суспільстві ставлення лікарів до пацієнтів зазвичай директивне, формальне, не партнерське або просто зневажливе. М. М. Кабанов та ін. називають також іншу крайність стосунків „лікар-пацієнт”: зневажливість, „поплескування по плечі”, звертання до пацієнта на „ти” і лише на ім’я (незалежно від віку пацієнта та професіонала) тобто, по-суті, - байдужість до потреб та піклування про хворого”;

3) стигма принадлежності до меншості .

Американський соціолог Т. Парсонс у роботі „Соціальна система” розглядав хворого з двох сторін: як людину, котра перенесла хворобу, і як людину з певним соціальним статусом хворого, що затверджена документально. Даний статус несе однозначно як негативні моменти для індивідуума (обмежується соціальну активність, збільшуються затрати, пов’язані з лікуванням, однозначно знижується можливість працювати і тим самим зменшуються доходи), так і ряд соціальних прав (наприклад, не працювати, отримувати підтримку від свого оточення, перекладати відповідальність за своє здоров’я на лікаря, котрий ліче). Деякі переваги можуть здатися привабливими, що іноді підштовхує до штучного продовження „ролі хворого”. Суспільство захищає себе, покладаючи на пацієнта ряд обов’язків: суворе виконання приписів лікаря, обмежень у їжі (дієта), життедіяльності (режими). В цілому ці міри повинні сприяти найшвидшому оздоровленню пацієнта і прагненню позбутися від „ролі хворого”. Таким чином, Т. Парсонс перевів поняття хвороби, а, відповідно і хворого (пацієнта) із медичної площини у соціальну. На його думку, коли люди хворі, вони не можуть виконувати соціальні задачі. По цій причині люди свідомо або без свідомо використовують хворобу як повід, щоб уникнути від своїх суспільних обов’язків; тим самим хвороби являються загрозою соціальної стабільності. Однак Парсонс помітив, що певне допущення хвороб може і підвищити стабільність в суспільстві. Також з точки зору Парсонса важливе питання полягає в тому, як суспільство контролює захворювання, щоб вони збільшували, а не зменшували соціальну стабільність. Акцент, зроблений вченим на соціальній стабільності, відображає його віру у широку соціальну перспективу, відому як функціоналізм. По цій моделі соціальна стабільність підтримується тому, що люди вчаться приймати суспільні норми і тоді, потреби суспільства і потреби конкретної людини співпадають, зводячи необхідність протиборства [6].

У соціології під стигмою розуміють очевидні соціальні ознаки, за наявності яких люди виключаються з числа нормальніх. Прикладами явною стигмою може бути помітна інвалідність або заняття проституцією. Що може бути стигмою - залежить від конкретного суспільства, але стигма скрізь пов’язана з дискримінацією людини. Стигматизованих люди прагнуть покласти край своїй дискримінації. Для цього вони застосовують різні техніки поведінки. Можна приховувати свою інвалідність, але можна, навпаки, виставляти її напоказ, так що вона стає нормальним умовою нормального поведінки. Прикладом такої, на перший погляд, парадоксальною поведінкової стратегії може служити бажання інваліда за кермом спеціального автомобіля для інвалідів, щоб його пропускали на червоне світло, тому що його автомобіль не такий швидкохідний, як звичайний! Цей приклад ілюструє подвійну функцію технік відновлення ущербної ідентичності: вони служать як для зміцнення та відновлення власної ідентичності, так і створюють передумови іншим людям для «цілком нормального» поведінки. Дійсно, дуже часто люди з фізичними вадами змушені вести себе так, як ніби вони є абсолютно нормальними для того, щоб ті, хто не знає, як слід поводитися з інвалідами, могли б вести себе з ними як із звичайними людьми. Хитромудра граматична конструкція з безліччю «як» побічно демонструє, яку велику роботу потрібно виконати людям для підтримки своєї ідентичності і звідки виходить перманентна загроза їй. Справа йде нітрохи не простіше, коли мова йде про неявну соціальну стигму. Наприклад, якщо хто-небудь має сексуальні орієнтації, які не схвалюються в його оточенні, то він вважатиме за краще пошукати їх задоволення подалі від середовища своїх знайомих, може бути навіть в іншому місті, інакше його ідентичність буде під загрозою, так як у своєму місті його репутація може швидше постраждати. Для того, щоб уникнути найгіршого

розвитку подій, людині доводиться здійснювати ретельний контроль за інформацією і деколи пускатися на обман [9].

Інвалідність дитини часто змушує батьків слідувати гіперопіці на шкоду іншим виховним стратегіям, що тільки сприяє психосоціальній дезадаптації дітей з (ОМ) та ще більше інвалідизуюче їх, оскільки тактика гіперопіки формує у дітей стан "вивчені безпорадності" і почуття низькою "самоефективності".

"Вивчені безпорадності" - поняття, введене М. Селігманом, - у загальних рисах зводиться до того, що дитина з функціональним обмеженням здоров'я, який в умовах гіперопіки часто стикається з обмеженнями власного контролю в різних життєвих ситуаціях, перестає намагатися впливати на результат своїх зусиль не тільки в цих конкретних ситуаціях, але також і в тих нових ситуаціях, в яких він може обходитися без сторонньої допомоги. У дітей-інвалідів, які виховуються за типом гіперопіки, формується три види особистісного дефіциту: мотиваційний, когнітивний та емоційний. Спочатку в дитині з обмеженими можливостями редукується мотив намагатися впоратися з виникаючими труднощами, оскільки ситуація завжди контролюється батьками або педагогами. Редукований мотив подолання труднощів призводить до зниження когнітивних здібностей оцінки життєвих ситуацій, що робить дитину безпорадним у незвичній середовищі існування, в якій немає батьківського або педагогічного контролю. Усвідомлення своєї нав'язаної (батьками і педагогами) обмеженості в здібностях самостійно здійснювати навіть посильні вчинки призводить до розвитку зниженого емоційного фону настрою і навіть депресії [9].

Поняття "самоефективності", введене А. Бандурою, означає переконаність людини в своїй здатності мобілізовувати мотивацію, когнітивні та поведінкові можливості, щоб відповісти вимогам життєвих ситуацій. Почуття самоефективності пов'язано не з наявними у дитини вміннями і навичками, а з його уявленнями про те, чого він зможе добитися за наявності доступних для нього умінь. Навіть якщо у дитини сформовані доступні, адекватні його станом і необхідні для самостійного життя навички й уміння, головною детермінантою їх практичного використання буде саме уявлення про очікувану ефективності їх застосування: скільки сил буде витрачено на вирішення проблеми, як довго вдасться витримувати напругу в стресовій ситуації. В умовах гіперопіки ці уявлення не формуються, оскільки навчання навичкам та вмінням носить "тепличний" характер, що не відповідає характеристикам реальних ситуацій, в яких виявляється дитина-інвалід (у реальних ситуаціях проблеми за нього, намагатися розв'язати саме батьки чи педагоги).

Виділяють чотири фактори, що впливають на формування почуття самоефективності:

- Досягнуті результати (успіх у минулому дає високі очікування результативності поточних дій, тоді як минулі невдачі знижують ці очікування);
- Непрямі переживання (враження від успіху чи невдачі інших дітей);
- Словесне переконання (самоефективність підвищується, коли авторитетна особа - батько чи педагог - переконливо говорять про те, що дитина в змозі впоратися із ситуацією);
- Емоційна активація (почуття тривоги і напруги знижує відчуття самоефективності).

Інваліди з низькою самоефективності в більшій мірі склонні до перебільшення труднощів і частіше демонструють невміння їх долати. Відчуття низькою самоефективності також здатне провокувати розвиток депресії або її посилення [8].

#### Література:

1. Блащак Г. С., Вадзюк О.В., Горбоніс Т. В., Грицько Н. І., Довжук Б. С. Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – К.:УДЦССМ, 2001. – 272с.
2. Волков Ю. Г., Добреньков В. И. Социология. Теория стигматизации [Електронний ресурс]// Режим доступу до статті: Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки. www. Society. Polbu/ ru volkov sociology/ ch 67 \_ i. html.
3. Гофман І. Стигма,: Нотатки про управління ідентичності. Нью-Йорк, Лондон: A/ Touchstone книга 1986.
4. Конвенція ООН про права дитини
5. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети // Соціальний захист. – 2003. - №2 – ст. 16.
6. Парсонс Т.:Соціологія. Її предмет, метод, призначення /Пер. З англ.. М.: Катон , 1998. с.67.
7. Проблеми громадян з особливими потребами : Державна доповідь. К.: Соцінформ 2003. ст. 160.
8. Освіта України. №1-2. 12 січня 2007 р.
9. Теорія вивчені безпорадності і депресії. Марк Селігман ( Seligman & Teasdale , 1995).
10. Х. Абельє "Интеракция, идентичность, презентация. Введение в интерпретативную социологию / Пер. с нем. Под общ. ред. Н. А. Головина и В. Б. Козловского. СПб.: Алтейя, 1999.
11. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 464 с.

МОРОЗ ВЕРОНІКА

Луцький інститут розвитку людини ВНЗ «Університет «Україна»

## **СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ ЯК ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

Життя людини від самого початку є адаптацією до середовища. Кожен впродовж усього свого життя проходить нелегкий шлях щодо пристосування до умов навколошнього світу. Суспільство довкола нас є мінливим, і тому міняються умови життя. Мінливість речей, суспільних структур призводить до того, що індивіди, залучені у великі інституційні системи, економічні та інші залежності. Водночас ускладнюється й ідентифікація, самореалізація особистості, посилюється невпевненість у собі, що свідчить про неспроможність людей з особливими потребами “вписатися” в динамічний світ. Відтак, постає питання про необхідність пошуку механізмів інтеграції в мінливий світ.

Адаптація займає істотне місце в змісті соціальної роботи. Вона характеризує, з однієї сторони, процес взаємодії об'єкта соціальної роботи з соціальним середовищем, а з іншої – є відображенням певного результату соціальної роботи, який може виступати критерієм її ефективності. Під соціальною адаптацією розуміється процес активного пристосування людини до нових для неї соціальних умов життедіяльності шляхом активного їх засвоєння; вид взаємодії особистості чи соціальної групи з соціальним середовищем.

Соціальна адаптація – це інтегральний показник стану індивіда, що забезпечує можливість виконувати певні біосоціальні функції, а саме: адекватне сприйняття оточуючої дійсності і власного організму; адекватна система ставлення і сплікування з оточуючими; змінність (адаптивність) поведінки відповідно до рольових очікувань інших.

Соціальна адаптація є одним із основних механізмів соціалізації. Змістом соціальної адаптації є зближення цілей ціннісних орієнтацій групи та індивіда, який входить в неї, засвоєння ним норм, традицій, групової культури, входження у рольову структуру групи.

У ході соціальної адаптації здійснюється не тільки пристосування індивіда до нових соціальних умов, а й реалізація його потреб, інтересів і прагнень; особистість входить у нове соціальне оточення, стає його повноправним членом, самоутверджується і розвиває свою індивідуальність. У результаті адаптації формуються соціальні якості спілкування, поведінки і діяльності, що прийняті в суспільстві, завдяки яким особистість реалізовує свої прагнення, потреби інтереси і може самовизначитися. [6, с.92].

Соціальна адаптація, будучи складним і багаторівневим процесом, реалізується в різних сферах життедіяльності людини. Як процес вона означає пристосування особистості чи соціальної групи, яка потрапила в складну життєву ситуацію, до існуючого соціального середовища. Процес соціальної адаптації починається з усвідомлення людиною чи соціальною групою тієї обставини, що її попередня поведінка не сприятиме досягненню певних результатів, а тому необхідно міняти модель поведінки з урахуванням потреб нового соціального середовища. Отже, щоб змінити поведінку необхідна активна позиція самої людини. Враховуючи вищесказане можна дати більш змістовне пояснення поняттю “соціальної адаптації”. Соціальна адаптація – процес пристосування особистості чи соціальної групи до нового середовища життедіяльності, шляхом її активного засвоєння.

Процес соціальної адаптації є певною послідовністю психологічних реакцій на об'єктивну ситуацію, які виявляються в поведінці людини, спрямованій на розв'язання специфічного завдання. Надзвичайно складним завданням є визначення критеріїв успішності соціальної адаптації, оскільки адаптованість виявляється не лише в об'єктивно діагностованій ситуації рівноваги, суб'єктивному відчуутті задоволеності соціальною ситуацією, а й передбачає відсутність негативних емоційно-поведінково-особистісних наслідків у майбутньому та особистісний розвиток. Невивченим є механізм соціальної адаптації, оскільки загальний процес є складною системою інтегрально пов'язаних реципронікними зв'язками підсистем, будь-яка зміна в кожній з яких виявляється реакціями кожної зі складових, що може мати нейтральний вплив на особливості й ефективність адаптації. Загальними критеріями успішності соціальної адаптації є суб'єктивне арченко дки х ступеня адаптації, позитивний емоційний стан, наявність можливостей для подальшого розвитку, позитивне ретроперспективне оцінювання через певний час. Вивчення закономірностей соціальної адаптації спрямоване на пізнання взаємних реляцій людини й ситуації та можливих способів поліпшення індивідуальних можливостей успішної адаптації.

Соціальну адаптацію забезпечує регуляція взаємин із зовнішнім світом; механізмом адаптації, регуляції та саморегуляції є індивідуальний досвід, який полягає в накопиченіх індивідом знаннях, уміннях і навичках, можливостях інтерпретувати події минулого та сучасного і самого себе в контексті цих подій, взаємодії з навколошнім світом. Опосередковує взаємодію людини і світу когнітивна презентація як суб'єктивне сприйняття, яке є пусковим елементом початку адаптації і триває як акцептор результату дії протягом цілого процесу адаптації. Суб'єктивне оцінювання здійснюється на підставі критеріїв особистісного інтерпретаційного комплексу як арченко дки х сукупності суджень, арченко дк, оцінок, стереотипів, що сформувалися шляхом суб'єктивних узагальнень та раціоналізації в умовах індивідуального розвитку.

Будь-яка адаптація є інтегративним виявом взаємодії значної кількості чинників, що одночасно існують в умовах системи, яка перебуває в ситуації нестійкої рівноваги. Крім того, розуміння адаптації як напруженої

системи потребує докладнішої уваги до окремих психологічних властивостей особистості, які впливають на соціальну адаптацію. Ці психологічні властивості визначають конструктивність стратегій адаптації. Головною передумовою ефективної соціальної адаптації є психологічне здоров'я. Психологічне здоров'я – психологічний стан, який відображає рівень здатності людини до реалізації та розвитку власного потенціалу. До сфери психологічного здоров'я належать потреби, ціннісні орієнтації, інтереси, почуття, ментальність, ідентичність, сенсожиттєві орієнтації, відчутия когеренції, арченко дки х ія, Я – концепція. Психологічне здоров'я визначає потенціал і ресурсність соціальної адаптації. Стрижневим елементом психологічного здоров'я є ідентичність, яка виявляється системою переконань щодо власної особи, світу та життя.

Загальна зацікавленість проблемою адаптації людини дає змогу твердити про багаторізноміність, навіть універсалістичність класу адаптивних явищ. Тому важливо з-поміж міждисциплінарних позицій поглянути на багаторівневе явище складної біологічної, психічної та соціальної природи цього явища, виокремити в ньому соціальну зумовленість як основу в адаптації людини.

Такий підхід відбиває провідний погляд на людську діяльність, поведінку, як такі, що зумовлені взаємозв'язком біологічних, психічних і соціальних закономірностей за головної ролі останніх. Проте, для такого інтегрованого, комплексного вивчення адаптації людини потрібно насамперед розглянути кожний з елементів, рівнів адаптації: біологічний, психологічний та соціальний.

Біологічна адаптація людини відображає спільну з усіма живими організмами її біологічну організацію, а також особливі спільні біологічні властивості як такі, що має соціальну сутність.

Психологічна адаптація є процесом адаптивної поведінки людини, формування мети та програми її реалізації, що виникає у відповідь на значущу новизну навколошнього світу. У кожному конкретному випадку перебіг процесу психологічної адаптації набирає емоційного забарвлення та динаміки згідно з особливостями характеристик психіки індивіда.

Психологічна адаптація безпосередньо пов'язана з іншими рівнями адаптації людини. З одного боку, через психологічну адаптацію підтримується біологічна адаптація на психологічному рівні а, з іншого боку безпосередньо психологічна адаптація як продукт функціонування мозку здійснюється на біологічній основі.

Неоднозначною є також взаємозалежність психологічної та соціальної адаптації. Психологічна адаптація, соціально зумовлена суспільним характером змін навколошнього середовища та людської свідомості, психіки, що її викликають, у свою чергу, впливає на ефективність адаптивної діяльності, надає динаміці цієї діяльності індивідуального емоційного забарвлення. Без психологічної адаптації, що спонукає людину до адаптивної діяльності, соціальна адаптація була б просто неможливою. [3, с.99-101].

Соціальна адаптація – одна зі складових процесу соціалізації особистості. У широкому розумінні термін “адаптація” розглядається як пристосування організму до певних умов існування. У соціальній роботі соціальна адаптація – це процес активного пристосування індивіда до певних умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність, спрямована на пристосування до певних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища.

Процес соціальної адаптації є неперервним, з огляду на те, що в навколошньому середовищі постійно відбуваються соціальні зміни, які безперечно, потребують нових способів пристосування індивіда. Соціальна адаптація здійснюється з різною мірою інтенсивності. Періоди підвищеної адаптивної інтенсивності можна співвідносити з пожвавленням соціальної діяльності суспільства, і навпаки, уповільнення явищ соціальної трансформації, зменшує інтенсивність соціального пристосування індивіда.

Значну роль у процесі соціальної адаптації відіграє адаптаційний потенціал людини. Це ступінь здатності особистості пристосовуватися до нових умов навколошнього середовища. Він пов'язаний з адаптивною підготовкою особистості, тобто тими уміннями і навичками, яких індивід набуває в процесі життєдіяльності.

Соціальна адаптація може здійснюватися у формі акомодації (повного підпорядкування вимогам середовища) та асиміляції (свідомого і добровільного прийняття норм і цінностей середовища на основі особистісного погодження з ними). Розрізняють два види адаптації: активну і пасивну. У процесі активної адаптації індивід прагне енергійно взаємодіяти з середовищем, впливати на його розвиток і зміни, долати труднощі й перепони, вдосконалювати суспільні процеси. За пасивної адаптації індивід не прагне до зміни суспільства, пасивно приймає наявні норми, оцінки, способи діяльності, слабо мобілізує біологічні та психологічні ресурси для пристосування в соціальному середовищі. Внаслідок цього при зіткненні індивіда з певними об'єктивними труднощами, хворобами, екстремальними ситуаціями як результат низької адаптації може виникнути соціальна дезадаптація, що проявляється в різних формах девіантної поведінки. [5, с.33-34].

В практичній соціальній роботі соціальна адаптація виступає не тільки як процес, а й як соціальна технологія. Причиною адаптації можуть бути зміни соціального статусу особистості або групи людей, у зв'язку з новою соціальною ситуацією (втрата роботи, вихід на пенсію, отримання фізичних травм, переживання катастрофи, участь в бойових діях і т. д.).

Ускладнена соціальна ситуація, інший статус особистості (групи людей) служать певними критеріями при класифікації основних напрямків соціальної адаптації, що застосовуються в соціальній роботі. До їх числа можна віднести такий напрямок як соціальна адаптація інвалідів до нових умов життя.

Для інвалідів соціальна адаптація є просто необхідним кроком для успішного пристосування до умов сучасного світу. Формування громадянського суспільства, те до чого прагне наша країна, перш за все передбачає можливість реалізації кожною людиною громадянських прав, здібностей, інтересів.

Якщо для здорової людини це здебільшого виражається в бажані самовдосконалення, досягнення життєвих орієнтирів, то для людей з обмеженими можливостями головне – сприйняття їх не як зайдової обтяжливої проблеми, а як рівних за прагненнями, можливостями, інтелектом і морально-етичними принципами партнерів, колег, особистостей.

У багатьох цивілізованих країнах це питання вже майже зняте – там інвалід живе таким же повноцінним життям, як і кожен член суспільства. В Україні відлік створення без бар'єрного середовища для інвалідів почався в 2003 році – із затвердженням урядовою постановою № 863 Програми забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення.

Безперешкодний доступ до об'єктів цивільного і громадського призначення, вільне користування транспортними засобами повертає людей з особливими потребами до активного суспільного життя, реалізує їхню соціальну затребуваність. Саме тому всі дії уряду спрямовані на створення рівних можливостей життя для людей з особливими потребами, щоб вони змогли реалізувати свої здібності, творчий потенціал, життєві плани.

В останні роки при плануванні та забудові сільських та міських поселень, проектуванні будівництві житла, громадських будівель і споруд для людей з обмеженими можливостями. Діє цілий пакет державних стандартів і норм. Узагальнюючим нормативним актом стали державні будівельні норми «Доступність будинків і споруд для арченко дків х груп населення», що набули чинності з 1 травня 2007 року.

З 2001 року на кожній залізниці експлуатується по одному пасажирському вагону купейного типу виробництва ВАТ «Тверський вагонобудівний завод», які теж пристосовані для перевезення інвалідів на візках. Коли є заявки, такі вагони входять до складу поїздів. На вокзалах обласних центрів функціонують телефони-автомати на зручному для інвалідів на візках рівні, встановлюються та оновлюються інформаційні щити, забезпечується вільний доступ до залів очікування, квиткових кас, камер скову, туалетів.

У переважній більшості аеропортів України передбачені пандуси для посадки на літак, туалети для інвалідів, вантажники і агенти супроводження, спеціально обладнанні автомобілі швидкої допомоги, місця відпочинку та пункти харчування.

За міжнародними стандартами стійку арченко дків обладнано низьким віконцем, встановлено спеціальні кабіни паспортного контролю, збільшено кількість крісел-візків, які дають можливість транспортувати пасажирів в салоні літака.

Інваліди не повинні відчувати себе покинутими. Об'єднавши наші зусилля, отримаємо реальну можливість створити суспільство рівних можливостей. У прийнятому проекті рішення Ради (що буде передано на затвердження до затвердження до Кабінету Міністрів) наголошується на важливих проблемах і питаннях, яким потрібно приділити найбільшу увагу. [2, с.8-10].

На сьогоднішній день в Україні існує громадська неприбуткова організація, що об'єднує 2600 інвалідів різних категорій, покликана надавати благодійну допомогу за рахунок пожертвувань та членських внесків – це Рівненське міське товариство інвалідів з порушенням опорно-рухового апарату (OPA) створене в листопаді 1989 року. Головною метою цієї організації є створення таких умов для людей з особливими потребами, які б сприяли їхній активній життедіяльності. [1, с.41].

Прагнення України досягти стандартів життя розвинутих європейських країн зумовлює необхідність якіснішого підходу до соціального захисту людей з особливими потребами. Одним з основних критеріїв, який дозволяє людям з обмеженими фізичними можливостями відчувати себе повноправними членами суспільства, є рівень їхньої зайнятості.

В Україні понад 2,5 мільйона людей, які через фізичні чи психічні вади здоров'я потребують державної підтримки. Майже 378 тисяч із них створено сприятливі умови оплачуваної роботи.

Аби допомогти працевлаштуватися якомога більшій кількості інвалідів, уряд поставив завдання створити для них у найближчі роки один мільйон робочих місць.

Одним із державних органів, покликаних здійснювати соціальний захист людей із особливими потребами, є Фонд соціального захисту інвалідів. Саме створення робочих місць для працевлаштування людей із обмеженими можливостями сьогодні є одним з головних наших завдань. Фонд здійснює контроль за виконанням підприємствами, установами, організаціями, у тому числі підприємствами і організаціями громадянських організацій інвалідів, фізичними особами, які використовують найману працю, законодавчо встановленого нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів.

У продовж 2001-2005 років в нашій державі за кошти Фонду соціального захисту інвалідів було створено понад 11 тисяч робочих місць для людей з особливими потребами.

Фонд соціального захисту інвалідів постійно відстежує і вивчає так позитивні тенденції з метою ймовірного їх використання при вирішенні питання працевлаштування інвалідів.

Одним із напрямів працевлаштування людей з важкими фізичними вадами здоров'я може стати розвиток і поширення надомної форми праці. В світі відомі 180 видів робіт, які люди з особливими потребами можуть виконувати вдома.

Суттєво покращити стан працевлаштування інвалідів може подальший розвиток і вдосконалення їхньої підприємницької діяльності.

Аби працевлаштувати якомога більше людей з фізичними чи психічними вадами здоров'я, фонд постійно працює над розширенням сфери застосування всіх найбільш успішних форм і методів соціальної адаптації, відомих у світовій практиці. [4, с.13-14].

В соціальній роботі необхідно враховувати різноманітні види адаптації, які впливали б на розвиток та процес входження людини з особливими потребами в суспільство. Перш за все така адаптація потрібна в сфері трудових відносин, особистісно-побутової і культурної сфери. Процес соціальної адаптації носить конкретно-історичний характер, тому зусилля особи з обмеженими можливостями, її здатність щодо засвоєння зміни соціального середовища багато чому вирішується спрямованістю самих змін соціально-правової ситуації в країні. Велику роль в успішному пристосуванні людини до нових умов, відіграє стабільність суспільства, проте це, насправді не так. Сучасний світ мінливий і зміни в ньому є безперервним процесом, тому людству важко звикати до цих постійних змін. Таким чином, виникає необхідність проведення соціальної адаптації. У компетенцію такої професії як соціальний працівник якраз входить вирішення цієї проблеми, тому ми можемо розглядати соціальну адаптацію як центральну проблему соціальної роботи, адже допомагати людям пристосовуватись до умов життедіяльності сучасного світу є пріоритетним явищем, що служитиме на благо всьому людству, бо неповноцінних і соціально-незахищених людей, котрі потребують сторонньої допомоги, аби адаптуватися у суспільстві, є безліч. Тому, покликання працювати з людьми у сфері соціальної роботи є надзвичайно важливою потребою для кожної країни. Інколи людям важко знайти себе у цьому світі, тому їх потрібно направити в правильне русло, тобто надати їм змогу зрозуміти на що вони здатні, що їм подобається робити, а що ні. Отже, потрібно знайти одне загальне вирішення проблемі вибору, тим чим людина змогла би займатися усе своє життя і це б приносило їм задоволення. Тому, соціальний працівник – це не просто професія, фах чи спеціалізація у соціальній сфері, це покликання людини, допомагати іншим людям, котрі є слабкими і незахищеними перед жорсткими умовами життя в суспільстві. Головним пріоритетом для такої людини є вивести людське життя на найвищий щабель суспільної цінності, зробити так аби це життя цінувалося державою. Отже, соціальна адаптація є одним з найважливіших завдань соціального працівника, а успішне її планування і проведення – головною проблемою соціальної роботи.

#### Література:

1. Адаптація до повноцінного життя / Х. Талалай // Соціальний захист. – 2007. - №11. – С.41.
2. Доступний соціум – невід'ємна складова інтеграції / М. Семенюк, Л. Качан // Соціальний захист. – 2007. - №11. – С.8 – 10.
3. Лукашевич М.П., арченк І.І. Теорія і методи соціальної роботи: Навчальний посібник. – 2-ге вид., доп., і випр. – К.: МАУП, 2003.-168с.
4. Нові обрї працевлаштування інвалідів / Е. Скібінський // Соціальний захист. – 2007. - №11. – С. 13-14.
5. Соціальна робота в Україні: Навчальний посібник \ І.Д. арченк, О.В. Безпалько, С.Я. арченко та ін.; - К.: Центр навчальної літератури, 2004.-256с.
6. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи: Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006.- 464с.

**САМОЛЮК Аліна**

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»

### **ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В СОЦІУМ**

Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до людей з особливими потребами. Основою цих змін є визнання рівності прав людей з особливими потребами на повноцінне життя у суспільстві та створення державою реальних умов для реабілітації та соціальної інтеграції цієї категорії населення.

Серед усієї різноманітності рис та властивостей сучасного суспільства можна виявити такі тенденції, які набули останнім часом нової динаміки, масштабів, темпів розвитку. Проблеми інвалідності серед інших соціально-економічних і соціально-політичних проблем сучасного світу є достатньо актуальними для будь-яких країн і народів, що вимагає уваги урядів і громадськості різних держав у напрямку пошуку, розробки і впровадження моделей суспільного устрою, оптимально пристосованих до потреб осіб з особливими потребами з урахуванням ресурсних та інших можливостей суспільств, в яких вони існують [2;23].

Інтеграція - об'єднання в ціле будь-яких окремих частин. Процес упорядкування, узгодження і об'єднання структур і функцій у цілісному організмі, характерний для живих систем на кожному з рівнів організації їх. У фізіології інтеграція - функціональне об'єднання окремих фізіологічних механізмів у складну координовану пристосувальну діяльність цілісного організму.

Соціальна інтеграція означає наявність впорядкованих стосунків між індивідами, групами, організаціями, державами та інш. При аналізі розрізняють рівень даних систем. При цьому термін «інтегрований» має різний сенс. Якщо аналіз ведеться на рівні особи (у психології), під вираженням «інтегрована особа» розуміється цілісний, позбавлений внутрішніх протиріч індивід. Теж вираження при аналізі на рівні соціальної системи відноситься до особи, інтегрованої (включеною) в соціальну систему, тобто до конформної особи. У політичній і економічній науках поняття соціальної інтеграції може характеризувати внутрішній стан суспільства, держави або відноситься до держави, інтегрованої в ширшу міжнаціональну спільність. Інтеграція суспільства або окремих держав може здійснюватися на основі примусу, взаємної вигоди або схожості соціально-економічних інтересів, цілей і цінностей різних індивідів, соціальних груп, класів, держав.

В цілому, актуальність даної теми обумовлюється комплексом проблем людей з особливими потребами, що знаходять своє виявлення у соціальних відносинах, структурах, і загострюють професійний інтерес соціологів до змісту і наслідків процесів адаптації, самореалізації, інтеграції осіб з вадами здоров'я.

Інтеграція людей з функціональними обмеженнями є об'єктом дослідження багатьох науковців. Так, Л.П. Храпиліна пропонує виділяти медичні заходи реабілітації та професійну реабілітацію. На думку А.І. Осадчих, інвалідність виступає як проблема діяльності людини в умовах обмеженої свободи вибору та включає в себе такі аспекти як: правовий; соціальний; психологічний; освітній. За Молчаном О.І., метою «соціальної реабілітації та інтеграції» є: а) раціональне працевлаштування; б) відновлення або компенсація втрачених функцій організму; в) адаптація до навколишнього середовища; г) адаптація психологічна; д) відновлення особистісного та соціального статусу; е) виховання та розвиток особистості; е) відновлення здоров'я та працездатності; ж) інтеграція в суспільство.

Питання впливу соціокультурного оточення на психосоціальну ізоляцію інвалідів розглядаються у працях П. Сорокіна, Е. Дюркгейма, М. Хальбака, К. Цицермана. Нові підходи до соціальної роботи з особами, які мають інвалідність, досліджуються у працях американських і англійських авторів: М. Селіман, Р. Дарлінг (соціальна робота з сім'єю); Л. Шульман (розробка методів взаємного); Т. Гейбл, М. Гейбл (спілкування); Дж. Джонс, П. Свіфт (соціальна робота з людьми, в яких порушені здібності до навчання); Дж. Треседер (організація реабілітаційної служби для людей з порушенням зору) та ін.

Дослідження свідчать, що в жорстких умовах конкуренції виживає тільки підготовлений, компетентний, впевнений в собі суб'єкт нових економічних відносин.

В українській мові до кінця XVII століття людина з вадою тлумачилася як каліка, хромець, сліпець, що знаходимо в пам'ятках давньоруської культури. Так, в Уставі князя Володимира Святославича перед переліку політичних та церковних осіб є список світських людей, які підлягають особливому судочинству, перед них - «каліка, хромець» [9; 53].

У словнику із соціальної роботи ми знаходимо наступне визначення: інвалід (з лат. *invalidus* – безсилий, слабкий, хворий) – це особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою або уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності. Інвалід викликає потребу в соціальній допомозі та захисті. У соціальній роботі більш коректними вважаються терміни “людина з обмеженими можливостями”, “людина з особливими потребами” [3; 194].

Упродовж останніх 20 років у більшості країн Європи замість терміна «інвалід» вживають вираз «людина з функціональними обмеженнями» або «людина з обмеженими можливостями». В українській літературі також поширеними є поняття «людина з особливими потребами», «неповносправна людина». Автором цього терміну є доктор соціологічних наук Дікова-Фаворська О.М. [2; 192].

В цілому, аналіз соціальної інтеграції та соціальних проблем людей з особливими потребами здійснюється у проблемному полі двох концепцій:

- на підґрунті соціоцентрістських теорій розвитку особистості К. Маркса, Е. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса розглядаються соціальні проблеми конкретного індивіда засобами вивчення суспільства в цілому;

- на основі антропоцентрістського підходу Ж. Піаже, Г. Тарда, Ю. Хабермаса, Е. Еріксона, Л. Виготського розкриваються психологічні аспекти повсякденної міжособистісної взаємодії.

Для відчуття проблеми життєвих перспектив інвалідів як соціального феномену, де інвалідність розглядається як «ненормальна норма» або «нормальне відхилення», важливо лише ється проблема соціальної норми, яка вивчалася такими вченими, як Е. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, Т. Луман, П. Бурд'є.

Концепція Т. Парсонса складає методологічне підґрунтя для аналізу особи з обмеженими можливостями здоров'я. Це ідеї про стійкість соціальної системи, адаптацію індивіда до соціального середовища, інтеграцію індивіда в соціальну структуру, інтериорізацію загальноприйнятих норм, а також розробка адаптивних механізмів, необхідних для інтеграції інвалідів у суспільство [2; 34].

Структурно-функціональний підхід (К. Девіс, Р. Мертон, Т. Парсонс) дозволяє розглянути проблеми інвалідності як специфічний соціальний стан індивіда, соціальної реабілітації, соціальної інтеграції, соціальної політики держави по відношенню до людей з функціональними обмеженнями здоров'я. Саме в рамках цього підходу запропоновані поняття «люди з обмеженими можливостями» та «інваліди» [3; 45].

У межах соціально-антропологічного підходу (Е. Дюркгейм) інваліди розглядаються через призму стандартизованих і інституціональних форм соціальних відносин (соціальна норма і девіація), соціальних

інститутів, механізмів соціального контролю. Це дозволяє для позначення дітей-інвалідів використовувати таку термінологію: нетипові діти, аномальні діти, діти з обмеженими можливостями [9;56-58].

Щодо форм і методів соціальної роботи з людьми з обмеженою мобільністю, то йдеться насамперед про реабілітацію таких людей. За визначенням ВООЗ 1986 року, реабілітація - це «комбіноване і скоординоване застосування медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для підготовки чи перепідготовки непрацездатної особи для діяльності на максимальному високому рівні». У «Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів», ухвалених 1993 року резолюцією ООН, реабілітацію визначено як «процес, що має за мету допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни життя і розширення меж їхньої діяльності». В обох формулюваннях підкреслено комплексний характер реабілітаційних заходів і разом з тим активну позицію самого інваліда у процесі його залучення до нормального соціального функціонування. У такому сучасному тлумаченні «реабілітація» втрачає значення «відновлення функцій» і збігається з поняттям «абілітації», тобто створення можливості для розв'язання людиною своїх проблем. До того ж цей процес повинен бути комплексним, доступним, послідовним, безперервним [9;198-199].

Законодавство України передбачає досить широкий спектр соціальних послуг клієнтам соціальної роботи, зокрема, людям з обмеженою мобільністю як особливо незахищеної соціальній групі. У межах цих послуг слід відзначити такі форми та методи соціальної роботи з людьми з обмеженою мобільністю, як:

- організація центрів соціальної реабілітації та адаптації. Головна мета діяльності таких центрів - формування елементарних умінь, сприяння розвитку навичок самообслуговування, самостійної побутової діяльності, виявлення особистісних здібностей кожного клієнта, сприяння його адаптації і повній інтеграції до суспільства;
- збір і систематизація банків даних щодо дітей та дорослих з обмеженою мобільністю;
- індивідуальна робота (консультації з навчання і працевлаштування, вирішення юридичних питань з прав та пільг, медико-соціальна та психологічна допомога, телефонне консультування);
- групова робота (клуби за інтересами для дітей та дорослих з обмеженою мобільністю, членів їхніх сімей), тобто відбувається здійснення психолого-корекційної роботи, проведення тренінгів, семінарів, бесід, диспутів, круглих столів, екскурсій, змагань тощо;
- спеціалізовані служби знайомств для людей з обмеженою мобільністю;
- консультативні пункти, клуби спілкування та взаємодопомоги батьків дітей з обмеженою мобільністю, членів сімей дорослих осіб з обмеженою мобільністю, просвітницькі курси для родичів таких людей;
- організація масових заходів (конкурсів, фестивалів, виставок, концертів, добробчинних акцій);
- оздоровлення;
- сприяння навчанню та працевлаштуванню.

Тобто, можна сказати, що за законодавством, для людей з функціональними обмеженнями здоров'я створено всі сприятливі умови для повної інтеграції їх в соціум. Інша проблема, як якісно та дієво надаються такі послуги.

На державному рівні основними формами надання соціальних послуг людям з обмеженою мобільністю є матеріальна допомога та соціальне обслуговування. Хоча діяльність держави, згідно з Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», мала б бути ширшою й полягати в створенні правових, економічних, політических, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності.

У сучасному світі усвідомлюється необхідність інтеграції осіб з обмеженими можливостями здоров'я в суспільство шляхом подолання не тільки фізичних, але й символічних бар'єрів у їхньому житті [4;14].

Проблема соціальної адаптації інвалідів до умов життедіяльності в суспільстві є однією з найважливіших граней загальної інтеграційної проблеми. Останнім часом це питання набуває додаткової важливості і гостроти. Не дивлячись на це, процес адаптації цієї категорії громадян до основ життедіяльності суспільства залишається практично невивченим. Найважливіші аспекти проблеми інвалідності пов'язані з виникненням численних соціальних бар'єрів, що не дозволяють інвалідам активно включитися в життя суспільства [10;45].

Найтипівішими з «особливих потреб» інвалідів є наступні: у відновленні (компенсації) порушеніх здібностей до різних видів діяльності; в пересуванні; в спілкуванні; у вільному доступі до об'єктів соціально-побутової, культурної і ін. сфер; в можливості одержувати знання; в працевлаштуванні; в комфортних побутових умовах; в соціально-психологічній адаптації; в матеріальній підтримці. Задоволення перерахованих потреб – неодмінна умова успішності всіх інтеграційних заходів [10;46].

З огляду на це нами було проведено соціологічне дослідження. В ході роботи було опитано 70 людей з особливими потребами міста Житомира, віком від 17 до 40 років, що були обрані стихійно.

Таким чином ми з'ясували що, 64 % респондентів загальну середню освіту отримували в загальноосвітній школі. 18 % - навчалися вдома та 18 % опитаних отримували освіту в спеціалізованому закладі. Навчання проходило в задовільних умовах (72 %). Що стосується кількості та доступу до інформації для навчання, то можна сказати, що люди з особливими потребами мали достатньо матеріалів для вивчення уроків. На запитання: «де Ви продовжили освіту?», ми отримали наступні відповіді, що наведені в діаграмі:



З діаграми видно, що лише 26 % опитаних продовжили навчання у вищому навчальному закладі. Це зумовлено великою кількістю перешкод таких, як: стан здоров'я та можливості пересування, неспроможність сплатити навчання та відношення людей до даної категорії. Проте було з'ясовано, що більшість людей з великим бажанням хотіли б отримати вищу освіту.

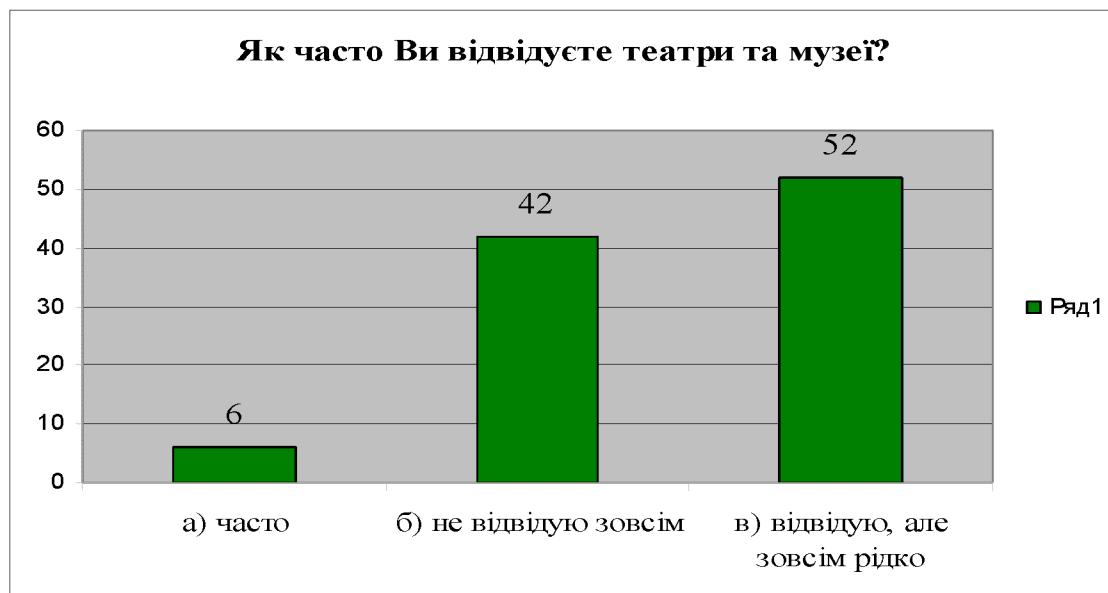
Переважна більшість респондентів не мають місця роботи і тому не можуть забезпечити себе матеріально. На запитання: «Чому Ви не працюєте?», вони сказали, що не можуть знайти достойної роботи, що робочі місця не пристосовані для людей з особливими потребами та що за станом здоров'я не можуть працювати.

44 % опитаних не соромляться заявити про те, що мають творчі здібності. Таким людям подобається співати, танцювати, писати вірші, малювати, деяким займатися оздоровчим спортом, займатися конструкуванням різної техніки тощо. Вони не соромляться показати свої шедеври рідним та друзям, які із захопленням ставляться до таких робіт.

Стосунки між членами родини, де проживають люди з функціональними обмеженнями, є доброзичливими та дружніми.

Ми дослідили, що 84 % опитаних мають багато друзів, з якими часто зустрічаються та проводять своє дозвілля. Вони ходять на прогулочки, переглядають цікаві фільми, читають та обговорюють художні твори, а також ходять на рибалку та інколи на дискотеки.

Нами було з'ясовано як часто респонденти відвідують театри та музеї. Отримані відповіді наведено нижче в діаграмі:



Як бачимо, лише 6 % таких людей систематично відвідують театри та музеї, а більшість (52 %), не можуть цього зробити.

Також ми дізналися, що більшість людей даної категорії користуються державними пільгами, але допомоги майже не вистачає. Було зазначено, що люди з функціональними потребами мають недостатній юридичний захист.

На запитання: «Які кроки повинна зробити влада на зустріч людям з особливими потребами?», було отримано наступні відповіді: «Влада повинна йти на зустріч таким людям» (10 %); «Впроваджувати спеціальні програми» (14 %); «Покращити пересування та збільшити пенсії» (2 %); «Покращити умови життя» (20 %); «Допомагати людям втілювати свої мрії» (10 %).

Отже, можна сказати, що людям з функціональними обмеженнями важко інтегруватися в соціум і пристосуватися до життя тому, що сучасний світ не прилаштований до потреб інвалідів. Наша гіпотеза підтвердилася.

Потрібно зазначити, що проблеми людей з особливими потребами потребують неабиякого вивчення. На сьогоднішній день існує багато наукових теорій, що стосуються даної категорії. Владою країни створено чимало законодавчих актів, що закріплюють усі права та свободи людей з функціональними обмеженнями, проте необхідно попрацювати ще над тим, щоб вони дійсно працювали.

Отже, підводячи підсумки роботи можна сказати, що інвалідність визначається як обмеження в можливостях, зумовлені фізичними, психологочними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими бар'єрами, що не дають змоги людині, яка має інвалідність, бути інтегрованою до суспільства і брати участь в житті сім'ї чи суспільства на таких самих засадах, що й здорові особи. Людям з функціональними обмеженнями важко інтегруватися в соціум, реалізувати свої життєві перспективи і пристосуватися до життя. Такі люди майже немають доступу до соціально важливих об'єктів таких як лікарня, інститут, бібліотека, театр, оздоровчі комплекси. В першу чергу, потрібно адаптувати державне законодавство до сучасних умов реальності та змінювати думку оточуючих. Також потрібно більше уваги приділяти розробці та впровадженню інноваційних технологій реабілітації та адаптації, професійної орієнтації та зайнятості людей з функціональними потребами.

#### Література:

1. Борщевська Л.В., Зіброва А.В., Іванова І.Б. та ін. На допомогу батькам, що мають дітей з особовими потребами.- К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999.- 79с.
2. Дікова-Фаворська О.М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології. Монографія. – Житомир: «Полісся», 2009. – 488с.
3. Зверева І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями.// Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 2004, с.432.
4. Іванова І. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення// Дефектологія. - 1999. - №1
5. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. – К.; 2001.
6. Лукашевич М.П., Семигіна Т.В. Соціальна робота (теорія і практика): Підручник, - К.: Каравела, 2009. – 364с.
7. Особа з вадами здоров'я в сучасному суспільстві: стратегії та основні заходи модернізації взаємин./ За наук. ред. докт. соц. наук, доцент. О.М. Дікової-Фаворської. – Монографія. – Житомир: Приватне Підприємство «ДЖІВІЕС», 2010. – 666с.
8. Особа з функціональними обмеженнями в колі проблем: здоров'я – навчання – працевлаштування. (За наук. ред.. канд. соц. наук, доц. О.М. Дікової-Фаворської. – Монографія. – Житомир: «Полісся», 2009. – 364с.
9. Соціальна підтримка дітей з обмеженими функціональними можливостями: Методичні рекомендації / Авт.-упор. О.В. Безпалько, Т.Г. Губарєва. - К.: Логос, 2002. - 48 с.
10. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: ДЦСМ, 2002. – 536с.// Соц. роб. Книга 4.

**Стогній СЕРГІЙ**

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»

## **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНОГО ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ЗДОБУТТЯ ОСВІТИ В УКРАЇНІ : ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ**

Постановка проблеми. 24 вересня 2008 року Президент України підписав Конвенцію ООН про права інвалідів, цим самим підтвердивши статус України, як соціально-спрямованої країни. Виходячи з цього, наша держава повинна забезпечити інвалідам реалізацію їхніх прав на рівні з іншими громадянами, зокрема – право на освіту. Але, на жаль, реалії сьогодення далекі від положень Конвенції про права інвалідів, так як досить велика їх кількість, у кращому випадку здобуває освіту вдома або у спеціальних закладах, а у гіршому – отримує знання, які з великою натяжкою можна назвати поверхневими.

Цьому передують наступні причини:

Інваліди з пошкодженням опорно-рухового апарату (OPA), у тому числі ті, які пересуваються на візках не мають можливості самостійно добрatisя до школи, потрапити у приміщення та вільно почувати себе там, так як архітектурні умови на шляху до того чи іншого учбового закладу для них є нездовільними (високі бордюри,

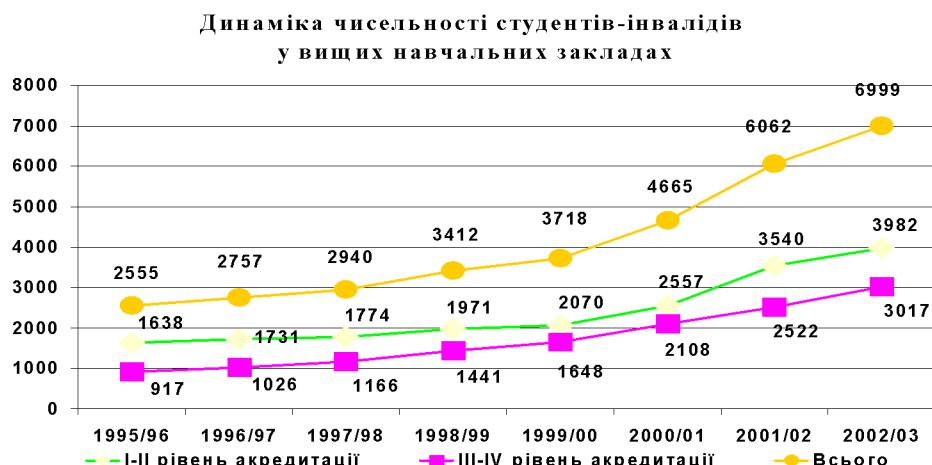
сходи, нерівне покриття дороги і т.д.), більшість шкіл України не обладнана пандусами, двері до шкільних та інших кабінетів або ліфтів вужчі ніж ширина інвалідного візку або немає ліфтів взагалі.

Інваліди з повним чи частковим ураженням слуху у більшості випадків здобувають освіту лише у спеціальних учбових закладах, так як тільки там є викладачі, які володіють сурдоперекладом. Українське товариство глухих (УТОГ) – потужна всеукраїнська громадська організація, частково забезпечує процес освіти глухих, але такою формою навчання не реалізується процес інтеграції цих інвалідів у суспільство, так як ці люди навчаються з такими ж як вони, спілкуються тільки з ними, а виходячи з такого учбового закладу – опиняються в світі, в якому їх розуміють, знову таки, тільки такі як вони.

Чи не найтяжча категорія інвалідності – особи з повним або частковим ураженням зору. Захистом прав та об'язків цих людей займається українське товариство сліпих (УТОС), але ця категорія інвалідів, так само як і попередня, здебільшого здобуває освіту у спеціальних закладах, що, як уже було сказано, не забезпечує повною мірою адаптацію незрячих серед інших людей.

Інваліди із затримкою психічного розвитку (ЗПР) майже завжди залишались останньою навіть серед інших інвалідів, так як у вищеперерахованих групп інвалідів зберігається найважливіший чинник людської діяльності – інтелект. Наше суспільство (зокрема бюрократичні чиновники) часто нехтує такими людьми ледь побачивши медичну довідку з відповідним діагнозом. Вони навіть не припускають, що люди із затримкою психічного розвитку можуть навчатися на рівні з іншими, що їх психологічні здібності також можна розвивати, тільки для цього потрібні умови, які б не ставили хрест на цих інвалідах, а забезпечувало реалізацію їх законних прав на освіту і взагалі, на повагу до людської гідності.

Кожній нозології притаманні свої специфічні проблеми, які є бар'єром на шляху здобуття освіти інвалідів разом з іншими громадянами, тому напрямок достлідження інтеграції людей з особливими потребами в соціальне середовище, в нашому випадку у навчальні заклади, є дуже вагомим питанням, що і обумовило актуальність даної статті. Крім цього, згідно невтішної статистики інвалідів в Україні дедалі стає більше, тому питання про створення належних умов для здобуття освіти вищесказаний категорії населення стає все більше актуальним.



Метою даної статті є пошук ефективних і оптимальних шляхів вирішення проблеми забезпечення конституційного права інвалідів на здобуття освіти в Україні, як необхідної умови їх повноцінної інтеграції в суспільство.

Для реалізації мети ми поставили наступні завдання :

1. Розкрити сутність інтегрованого та інклузивного навчання в Україні.
2. Проаналізувати існуюче чинне законодавство України щодо зазначененої проблематики.
3. Розробити та окреслити пропозиції щодо удосконалення законодавства України для здобуття освіти особам з інвалідністю.

Основний текст статті. Інтеграція - це процес об'єднання окремих продуктів та компонентів у процесі роботи таким чином, щоб вони були одним продуктом. У нашому випадку «продуктами» є учні з вадами здоров'я та звичайні учні [1].

Проблемі організації навчання дітей та молоді із функціональними обмеженнями здоров'я присвячені дослідження О.Дікової-Фаворської, І. Обуховської, О. Романчука, П. Таланчука, І. Тараненко, А. Шерляг, Б. Шихов'як, М. Яскала.

Нині в Україні функціонує 396 спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів, де навчається 54,1 тис. дітей (за даними Міністерства освіти та науки України). Okрім цього в системі Міністерства освіти і науки України функціонує близько 40 навчально-реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями психофізичного

розвитку, 142 спеціальні дошкільні навчальні заклади та 1200 спеціальних груп в дошкільних навчальних закладах загального типу, де навчається близько 45 тис. дошкільників.

У підпорядкуванні Міністерства праці та соціальної політики України функціонує 298 реабілітаційних центрів, з них 208 - центрів ранньої реабілітації дітей з порушеннями розвитку, 90 - центрів медико-соціальної та професійно-трудової реабілітації [2].

Реабілітаційні послуги діти з обмеженими можливостями здоров'я отримують в 46 центрах соціально-психологічної реабілітації, підвідомчих Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Водночас в Україні немає повного статистичного державного обліку дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, оскільки на заваді міжвідомчі бар'єри, відсутність одної категоризації, різні підходи до проведення обліку таких дітей тощо.

На наш погляд для соціальної моделі суспільного буття найбільш прийнятною є інклюзія, зокрема інклюзивна освіта.

Інклюзивна освіта — гнучка, індивідуалізована система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем проживання. Навчання відбувається за індивідуальними навчальними планами та забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Концепція інклюзивної освіти відображає одну з головних демократичних ідей - усі діти є цінними й активними членами суспільства. Навчання в інклюзивних навчальних закладах є корисним, як для дітей з особливими освітніми потребами, так і для дітей з типовим рівнем розвитку, членів родин та суспільства в цілому.

Враховуючи новизну, соціальну значущість, складність, комплексність проблем, які вирішуються в рамках інтегрованого навчання дітей з особливими потребами, необхідно передбачити проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, які б базувались на світовому досвіді впровадження інтеграції.

Окрім того, реалізація інтегрованого навчання потребує узгоджених і невідкладних дій з боку національних міністерств освіти, охорони здоров'я, соціальної політики та праці.

Для впровадження інтегрованого навчання у повсякденну практику необхідним вбачається формування адекватного ставлення суспільства до осіб з обмеженими можливостями. З цією метою важливим є об'єднання зусиль громадськості, благочинних неурядових, релігійних організацій, комерційних структур.

Основними формами співробітництва і взаємопорозуміння мають стати регулярні міжнародні науково-практичні конференції, семінари з обміну досвідом, спільні тематичні публікації.

Слід зазначити, що зміни суспільного життя обумовили зміни ставлення суспільства до людей з обмеженими можливостями здоров'я, серед яких є й інваліди різних груп, а необхідність їхньої соціальної адаптації – зростання уваги держави і суспільства до надання освіти цій категорії населення. У цьому контексті існування Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» стало закономірним явищем, яке виразило ставлення передових наукових та педагогічних кіл, громадськості до розв'язання соціальних проблем людей з особливими потребами здоров'я.

З самого початку свого існування університет впроваджує стосовно людей з особливими потребами нові демократичні стандарти реалізації права людини з інвалідністю на освіту. Досвід навчання і соціальної адаптації молоді (і не лише молоді) з вадами здоров'я, надання її права на здобуття вищої освіти, який накопичено Відкритим міжнародним університетом розвитку людини «Україна», набуває особливого значення, може стати цінним орієнтиром у вирішенні ряду освітніх проблем людей з особливими потребами не лише для нашої держави, але й для інших країн.

Поряд з вищевказаними проблемами існує питання відповідного кадрового забезпечення. Існуюча форма здобуття освіти розроблена без урахувань потреб інвалідів. Виходячи з цього існуючі педагогічні кадри, у тому числі й недавні випускники ВУЗів з педагогічними спеціальностями, неспроможні викладати в звичайних класах, в яких разом з іншими учнями навчаються і інваліди, спираючись тільки на свої навички роботи. До того ж, педагог повинен бути, перш за все, психологом і максимально розуміти проблеми учнів (а у учнів-інвалідів, як відомо, на порядок більше проблем, ніж у іх «здорових» однолітків), але, на жаль, сьогодні існують непоодинокі випадки, коли вчитель дозволяє собі переходити всі дозволені моральні рамки в процесі викладання, що легко може спричинити тяжку душевну травну будь-якому учневі, не говорячи про учня-інваліда.

Також, створення належних умов запровадження інклюзивної моделі освіти потрібні чималі кошти. Затрат потребують: встановлення пандусів до навчальних закладів, процес перепідготовки педагогічного потенціалу, налагодження випуску відповідних підручників і т.д., що в умовах сучасної кризи зробити дуже важко.

Інклюзивну освіту можна порівняти з нетрадиційною медициною. Величезна кількість лікарів в Україні до сих пір проти впровадження такої форми медицини, хоча ніхто не буде заперечувати, що нетрадиційна медицина поступово завойовує авторитет суспільства - є багато хвороб перед яким сучасні лікарі бессилі, а зазначена форма лікування є ефективною. Так само передбачається опір з боку батьків звичайних учнів та самих учнів, педагогів, та і значної частини самих інвалідів, або людей, які мають до них відношення, так як

суб'єктивна думка про те, що інваліди є другосортною категорією людей, твердо закріпилася у свідомості українців ще з радянських часів.

Законодавча база у цій сфері врегульована низкою Законів, зокрема, Законом України «Про освіту», Законом України «Про вищу освіту», Законом України «Про професійно-технічну освіту», Законом України «Про загальну середню освіту», Законом України «Про дошкільну освіту», Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

Можна відмітити, що прийняття Закону «Про інклюзивну освіту» та за умови його чіткого виконання (багато законів в Україні існують лише на папері), Україна підтверджує свій статус соціально-спрямованої країни та надасть можливість значній кількості населення уникнути дискримінації за соціальним статусом.

22.05.2008 року народний депутат України Катерина Семенівна Самойлик зареєструвала законопроект «Про освіту осіб, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (спеціальну освіту)» (реєстр № 1270), який був прийнятий у першому читанні. [3]. Але даний законодавчий акт був нищівно розкритикований Парламентськими Комітетами, які не є головними, представниками громадських організацій та науковими діячами України, так як він (законопроект) містить багато неточностей, невідповідностей та окремих положень, які можна трактувати як такі, які дискримінують інвалідів. З огляду на зазначене, «доля» вищевказаного законопроекту може спіткати і Закон України «Про інклюзивну освіту».

Висновки. Отже, для реалізації конституційного права на освіту осіб з інвалідністю в Україні вважаємо за потрібне виконання наступних кроків:

- Розробкою Закону України «Про інклюзивну освіту» повинні зайнятися представники інститутів, які беруть участь в експерименті, що проводить Міністерство освіти і науки України, лідери відповідних громадських організацій інвалідів, представники психолого-педагогічних консультацій.
- Для висвітлення можливих варіантів зазначеного Закону України мають бути проведені Парламентські слухання на тему: «Створення сприятливого законодавчого поля для освіти інвалідів» за участю представників громадських організацій інвалідів, Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України, Комітету у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів Верховної Ради України, Комітету з питань будівництва, містобудування і житлово-комунального господарства та регіональної політики Верховної Ради України.

В даному законі обов'язково потрібно зазначити інструменти для реформування існуючої системи освіти в Україні, які повинні включати:

- забезпечення перекваліфікації та підвищення кваліфікації вчителів та викладачів різних навчальних закладів;
- проведення курсів для вихователів та вчителів початкових класів з питань навчання дітей з особливими потребами в умовах загальноосвітнього закладу (Інститути післядипломної педагогічної освіти (ІППО));
- реалізацію курсу з питань інклюзивної освіти для керівників загальноосвітніх навчальних закладів на базі Центрального інституту післядипломної педагогічної освіти (ЦІППО) та пілотних ІППО у чотирьох областях;
- проведення досліджень громадськими організаціями інвалідів з оцінюванням впливу інклюзивної моделі освіти на учасників навчального процесу (діти, педагоги, батьки, адміністрація);
- розробку та видавництво методичних видань для педагогів та керівників загальноосвітніх закладів з питань створення умов для навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітніх закладах.
- створення робочої групи для розробки ефективної програми фінансування заходів із впровадження інклюзивної моделі освіти в Україні.

#### Література:

1. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96 прийнята на сорок восьмій сесії ГА ООН [Електронний ресурс] // Режим доступу: [www.vmurol.com.ua](http://www.vmurol.com.ua).
2. Статистика департаменту стаціонарних установ Міністерства соціальної політики України. [Електронний ресурс] // Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).
3. Законопроект суб'єкта права законодавчої ініціативи, народного депутата України - Катерини Семенівни Самойлик: «Про освіту осіб, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (спеціальну освіту)» (реєстр № 1270). [Електронний ресурс] // Режим доступу: [www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua).

ТОМКОВА ЯРОСЛАВА

*Вінницький соціально-економічний інститут ВНЗ «Університет «Україна»*

## **ГУМАНІЗАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

Постановка проблеми. Реалізація Україною стратегічного курсу побудови соціально орієнтованої ринкової економіки та інтеграція її у світовий економічний простір потребують дотримання принципів гуманізму у здійсненні ряду превентивних заходів щодо посилення соціального захисту уразливих верств населення, насамперед, осіб з обмеженими фізичними можливостями. Нині в Україні проживає майже 5% інвалідів від чисельності усього населення. Одним із регіонів країни, де зосереджена найбільша кількість інвалідів і гостро постало проблема їх працевлаштування та професійної реабілітації, є Вінниччина. Тут мешкає 106 тис. осіб з обмеженими фізичними можливостями і кожного року зростає їх кількість (майже на 8 тис. осіб у віці після 16 років) та ступінь інвалідності, причомувищими темпами, ніж в середньому по Україні. Проте лише два інваліда із ста, які проходять повторний огляд, відновлюють свою здатність до праці. Це спричиняє соціальну напругу, бідність, незахищеність, матеріальну і моральну деградацію осіб з обмеженими фізичними можливостями та членів їхніх сімей. Тому необхідно умовою досягнення сприятливого духовного стану розвитку нації, високого рівня соціальної зрілості і моральності суспільства є працевлаштування та професійна реабілітація інвалідів [4; 101]. Це зумовлює необхідність дослідження цих процесів та обґрунтування напрямів їх покращання, що є надзвичайно складною проблемою. А питання використання праці, професійної реабілітації, соціальної захищеності осіб з обмеженими фізичними можливостями в умовах нинішнього етапу трансформації економіки і формування соціально орієнтованого ринку праці вивчені недостатньо.

Метою даної роботи є дослідження теоретико-методологічних засад і розробка практичних рекомендацій щодо забезпечення зайнятості та професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями на основі принципів гуманізму. Об'єктом дослідження є професійна підготовка, технології забезпечення робочими місцями та використання праці інвалідів на підприємствах, в установах, організаціях Вінницької області. Предмет – проблеми зайнятості та професійної реабілітації працюючих і непрацюючих осіб з обмеженими фізичними можливостями I, II і III груп інвалідності.

Аналіз останніх досягнень напряму досліджень: Питання соціальної захищеності, трудових відносин, зайнятості, професійного навчання населення, у тому числі його соціально уразливих верств привертають увагу науковців і практиків. Значний внесок у їх розробку належить таким ученим, як: С. І. Бандурі, Д. П. Богіня, І. К. Бондар, О. А. Бугуцькому, Б. М. Генкіну, І. Ф. Гнибіденко, О. А. Грішновій, М. І. Долішній, С.І. Дорогунцову, Т. А. Заяць, К. В. Корсак, М. М. Костакову, Ю. М. Краснову, Г. І. Купаловій, В. І. Куценко, Е. М. Лібановій, В. Ф. Машенкову, І. С. Масловій, А. А. Нікіфоровій, В. В. Онікієнко, Н. О. Павловській, В. О. Покрищук, В. А. Савченко, М. В. Шаленко, Л.О. Шепотько, Л. Г. Чернюк та іншим.

Виклад основного матеріалу. Професійне навчання для інваліда – це підвищення його соціального статусу та доходу, розвиток навичок та уміння працювати. Основною метою професійного навчання інвалідів є їх інтеграція у суспільство. Держава гарантує інвалідам дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їхнім здібностям та можливостям. Дошкільне виховання, навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціалізованих дошкільних та навчальних закладах, таких як дитячі садки спеціалізованого типу, в яких на даний час збільшується кількість дітей з фізичними вадами. Так, наприклад, з 2004 року у дитячому спеціалізованому садочку № 6 кількість дітей з функціональними обмеженнями збільшилась на 15%. Батьки все більше надають перевагу спеціалізованим садкам.

Створення належних умов життя дасть змогу людям з особливими потребами повніше реалізувати особистий потенціал, брати посильну участь у державному будівництві, інтегруватися в суспільство. До цього спонукає підписання Україною міжнародних документів, у відповідності з якими створюється і вдосконалюється власна правова база та розробляються відповідні соціальні програми. Так, у 1991 р. був прийнятий, а в наступні роки, доповнений і вдосконалений Закон України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”. Закон передбачає спеціальні права для інвалідів, без яких вони не можуть успішно інтегруватися в суспільство, зокрема: право на медичну допомогу (безкоштовно або на пільго-вих умовах), на медичну реабілітацію і санаторно-курортне лікування; право на забезпечення безперешкодного доступу до інформації за допомогою засобів комунікації та до об'єктів соціальної інфраструктури. Крім того гарантується права на освіту, на працевлаштування, на матеріальне забезпечення, на соціально-побутове обслуговування, на транспортне обслуговування, на створення громадських об'єднань.

Відповідно до положень цього Закону розроблено і затверджено цілу низку документів, зокрема: Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності в Україні, Положення про медико-соціальну експертизу, Положення про індивідуальну програму реабілітації, Положення про фонд соціального захисту інвалідів в Україні.

Протягом останніх років прийнято низку законодавчих і нормативних актів, що гарантують соціальну захищеність державою тих категорій громадян, які через вроджені або набуті фізичні чи психічні вади потребують особливої уваги і захисту. Серед них: Закони України: „Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість” (23 лютого 2006 р.); „Про реабілітацію інвалідів в

Україні” (6 жовтня 2005 р.); „Про внесення змін до Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (31 травня 2005 р.). У них йдеться, зокрема, про дотримання 4-х відсоткового нормативу з працевлаштування інвалідів на підприємствах, в установах і організаціях, незалежно від форми власності і господарювання.

У сфері управління Міністерства праці та соціальної політики України наразі функціонують 5 спеціалізованих навчально-виховних закладів інтернатного типу для дітей-інвалідів (Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат, Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Ф. Г. Ананченка, Луганське професійно-технічне училище-інтернат, Самбірське професійно технічне училище-інтернат та Чернігівський державний інститут права, соціальних технологій і праці), які створюють умови для професійної реабілітації, здобуття робітничих професій та спеціальностей найбільш незахищенному контингенту молоді, що має I – III групи інвалідності. Житомирське вище професійне училище приймає до своїх лав студентів-інвалідів віком до 25 років. Особи з обмеженими фізичними можливостями мають змогу навчатися за конкретно-спроможними професіями, а саме: радіотехнік, слюсар-електрик, кравець, закрійник та спеціальностями – економіка підприємств, соціальна робота, бухгалтерський облік.

Крім цього, у Києві та більшості регіонів держави працює Відкритий міжнародний університет розвитку людини „Україна”, в якому особи з особливими потребами отримують вищу освіту. Це єдині в Україні навчальні заклади, що готують фахівців для сфері праці та соціального захисту населення, водночас забезпечуючи не лише професійну підготовку, а й медичну, трудову, фізичну та соціальну реабілітацію студентів-інвалідів. Вихованці цих закладів перебувають на повному державному утриманні[1; 205-209].

При навчанні, професійній підготовці чи перепідготовці інвалідів поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані інваліди мають право на безоплатне навчання музикі, в загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах. Під час навчання пенсія і стипендія інвалідам виплачується в повних розмірах, а після закінчення навчального закладу їм надається право вибору місця роботи з наявних варіантів або, за їхнім бажанням, надається право вільного працевлаштування .

Результати досліджень дозволяють зробити висновок, що у питаннях праці і зайнятості спостерігається чи не найбільша розбіжність між думкою посадових осіб місцевої влади, представників недержавних організацій, ЗМІ та самих людей з інвалідністю. Така тенденція є досить проблемним явищем. У той час, коли посадові особи не бачать особливих проблем у цих питаннях, люди з інвалідністю наводять приклади, що вказують на значні обмеження в можливості заробляти собі на життя вільно обраною працею. Втім, є окремі стандарти, на проблемі з дотриманням яких указують більшість учасників раніше згадуваного моніторингу. Вони є наступними:

- Недостатність зі сторони держави належних заходів, спрямованих на найм людей з інвалідністю в державному секторі та стимулювання їх найму в приватному секторі;
- Недостатність зі сторони держави належних заходів, спрямованих на надання людям з інвалідністю можливості ефективного доступу до загальних програм технічної та професійної орієнтації, служб працевлаштування, професійного навчання;
- Недостатність зі сторони держави належних заходів, спрямованих на забезпечення людям з інвалідністю розумного пристосування до робочого місця.

На рівні законодавства найбільше занепокоєння викликають такі проблеми:

- Не були визначені механізми контролю за забезпеченням атестації робочих місць інвалідів. Відсутні й ефективні механізми забезпечення на практиці виділення робочих місць інвалідам у межах 4% квоти від загальної кількості працюючих.
- Залишилась недосконалою і непрозорою система надання податкових пільг підприємствам організацій інвалідів, що зробило можливим використання корупційних схем.

Учасники згаданого моніторингу багато вказували на проблеми, пов’язані з неможливістю працевлаштуватись, порушенням законодавства про працю щодо людей з інвалідністю. Наголошувалось на тому, що «...відсутня жодна справжня охорона надомної праці інвалідів (постійні випадки невиплати зарплатні інвалідам приватними роботодавцями (наприклад, у випадках роботи диспетчерами на домашніх телефонах. При тому, що роботодавці ставлять часто щось на зразок рабських умов праці (необмежені години робочого дня, відсутність вихідних і т.д.), так ще й зароблену зарплату часто не виплачують. До речі, середня зарплата за надомну працю 60-200 грн. на місяць. Якщо роботодавець не віддав інваліду зарплату, то марно звертатись до міліції, бо ця мінімальна сума не годиться для порушення кримінальної справи)».

Ось ще один приклад від учасників фокус-груп: «... у мене трудовий стаж з 14 років, але досить кваліфікована праця – проблема, оскільки важко дістатися до неї. Мені запропонували роботу. Якщо сидіти за комп’ютером у них – одна ставка, якщо вдома, виконуючи ту саму роботу – набагато менше. Пропонують надомну працю за 300-400 грн. Пояснили – ви надомний працівник. Вам вистачить. Для людей з інвалідністю ставки йдуть набагато нижчими. Чому? Примхи роботодавців? Дешева робоча сила?».

Система професійно-реабілітаційних заходів повинна включати: експертизу професійних здібностей, професійну орієнтацію, підготовку та перепідготовку, працевлаштування та трудову адаптацію інвалідів, атестацію робочих місць[4; 101-103].

Визначені та об'єднані у 4 групи основні стимули мотивації праці та професійної реабілітації інвалідів: фізіологічні, соціально-економічні, виробничі і психологічні (рис.1). Пріоритетними стимулами до праці є соціально-економічні.



Рис. 1. Основні мотиви праці та професійної реабілітації інвалідів

Результати проведенного соціологічного обстеження інвалідів Вінницької області свідчать, що на прийняттями рішення щодо трудової діяльності вплинули: необхідність заробляти гроши через малу пенсію (42% відповідей); прагнення бути в колективі (18,5%) та приносити користь суспільству (7,3%); сподівання на допомогу підприємства в отриманні медичних послуг (8,3%); бажання набути професійні знання і навички (6,3%); можливість отримати пільгові путівки на лікування та оздоровлення (5,3%); сподівання на допомогу підприємства у вирішенні житлових і побутових проблем (5,4%) тощо.

Визначено та систематизовано основні параметри якісного складу інвалідів-претендентів на робочі місця і професійне навчання: стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, професія (спеціальність), кваліфікація, місце проживання, стаж роботи, величина.

Доведено, що рівень зайнятості інвалідів Вінницької області невиліковано низький і не відповідає їх потенційним можливостям. На 1 січня 2010 р. працювали 11825 інвалідів працездатного віку, або 11% від їх загальної чисельності. Насправді рівень зайнятості інвалідів нижчий, оскільки нині не працюють або працюють не на повну потужність багато підприємств. Найбільша чисельність та частка інвалідів зайнята в: промисловості; сільському господарстві, мисливстві, лісовому та рибному господарстві; охороні здоров'я та соціальній допомозі; транспорті та зв'язку; освіті. Виявлено, що у Вінницькій області для інвалідів резервується до 8 тис. робочих місць. Проте це не вирішує проблему їх зайнятості, оскільки реальний їх попит на робочі місця в 4 рази більший. Фактично ж працевлаштовуються на заброновані робочі місця тільки трохи більше 3-х відсотків претендентів. Основними причинами такого стану є: ігнорування потреб осіб з фізичними вадами, безвідповідальне ставлення до трудового законодавства багатьох керівників підприємств, кризовий економічний стан самих підприємств, відсутність альтернативних форм вирішення питання щодо виконання доведеного нормативу робочих місць[Зс.206-207].

Визначено також найсприятливіші з точки зору інвалідів галузі економіки для їх працевлаштування: охорона здоров'я (21,7% відповідей); побутове обслуговування (18,1%); освіта (10,9%); торгівля (9,6%); апарат органів управління (9,0%); сільське господарство (7,8%); промисловість (6,6%), що необхідно враховувати при створенні для них робочих місць.

Не дивлячись на виявлену позитивну тенденцію збільшення кількості створених робочих місць інвалідами-підприємцями, темпи розвитку малого підприємництва в регіоні недостатні. Встановлено основні причини, що стають на заваді розвитку підприємництва серед інвалідів: недосконала фінансово-кредитна політика, несприятливе оподаткування, бюрократизм, низька конкурентоздатність продукції, виробленої інвалідами, та неготовність їх до ведення власної справи. Для того, щоб інваліди могли організувати власну справу і стати підприємцями, на їх погляд, необхідно: надати можливість отримання кредиту для організації власної справи на пільгових умовах (25,2% відповідей); забезпечити їх безоплатно транспортними засобами (21,0%); організувати безоплатне навчання майбутніх підприємців (16,7%); виявляти інвалідів, здатних до підприємницької діяльності (13,2%); створити пільгове оподаткування (14,9%); здійснювати постійне консультування та інформаційне супровождження інвалідів-підприємців (9,0%).

Багато роботодавців не бажає приймати на роботу інваліда. Хоча законодавством визначені спеціальні робочі місця для інвалідів відповідно до статті 19 ЗУ "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", для підприємств, установ і організацій встановлюється норматив робочих місць для забезпечення працевлаштування

інвалідів у розмірі 4 % від загального числа працівників, а якщо працює від 15 до 25 осіб - має надаватися 1 робоче місце.

Постановою КМУ затверджено Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, яким передбачено, що робоче місце інваліда – це окреме робоче місце або ділянка виробничої площини на підприємстві незалежно від форм власності, де створено необхідні умови для праці інваліда. Робоче місце інваліда може бути звичайним, тобто обладнаним спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інвалідів залежно від анатомічних дефектів чи нозологічних форм захворювання та з урахуванням рекомендації медико-соціальної експертної комісії, професійних навичок і знань інваліда.

Підприємства або організації, незалежно від форм власності і господарювання, де число працюючих інвалідів менше, ніж установлено нормативом, щороку сплачують штрафи відповідним відділенням Фонду України. Такі штрафні санкції накладаються в розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві або організації за кожне робоче місце, незайняте інвалідом. Тому деякі підприємства більше зацікавлені зберігати робочі місця інвалідів, ніж перераховувати кошти в Державний бюджет для фінансування заходів щодо їхньої соціально-трудової та професійної реабілітації [ 2 с.97-98]. Але таких підприємств мало, навпаки, вони працюють навіть рентабельно, вишукують різні причини, аби не реєструватися в зазначеному Фонді, не виконувати розпорядження та не сплачувати цільові кошти на створення робочих місць для працевлаштування інвалідів.

Таким чином працевлаштування інвалідів є одними із складових соціальної політики України. Вони забезпечують адаптацію та інтеграцію інвалідів в суспільство, допомагають людям з функціональними обмеженнями повірити в свої можливості і раціонально використовувати їх для розвитку держави. Але щоб такий процес був найбільш ефективним, потрібно не лише затверджувати його на папері, а й слідкувати за реальним виконанням.

Висновки. Державна політика зайнятості та професійної реабілітації інвалідів не достатньо ефективна і потребує подальшого розвитку. Вона повинна будуватися на таких основних принципах: забезпечення рівності прав інвалідів і не інвалідів та контроль за їх дотримуванням; державне фінансування соціального захисту інвалідів з урахуванням реальних потреб; сприяння професійній реабілітації та працевлаштуванню; децентралізація відповідальності за соціальний захист осіб з обмеженими фізичними можливостями, орієнтація на місцеві органи влади. Встановлено, що більше половини від усіх інвалідів хочуть працювати. Проте цьому перешкоджають такі причини: їх обмежена працездатність, низький освітньо-професійний рівень, мала можливість перекваліфікуватися чи підвищити кваліфікацію, обмаль вільних спеціально обладнаних робочих місць, неможливість впровадження гнучкого графіку роботи тощо.

Існуючий механізм працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів недосконалій щодо неповного виявлення інвалідів, які потребують працевлаштування та професійної реабілітації; труднощів їх реєстрації та обліку у службі зайнятості; низької дієвості сучасної системи бронювання робочих місць, дублювання ряду функцій кількома управлінськими органами, які займаються вирішенням проблем життєдіяльності інвалідів.

#### Література:

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. Наук. праць/ За заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К. : Вид-во «Університет «Україна», 2004. – 386 с.
2. Богданов С. Соціальний захист інвалідів. – К.: Вид-во Соломії Павличко. – «Основи», 2005. – 268 с.
3. Лесько О. Забезпечення зайнятості та професійної орієнтації осіб з обмеженими фізичними можливостями – важливе завдання соціально-економічної політики //Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. – 2002. – Вип.7.
4. Лесько О. Й., Мельник І. Г. Соціально-економічні аспекти зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями // Економіка: проблеми теорії та практики. – 2008. – Вип. 139. – 101с.
5. Пашков А. Г., Гонеев А. Д. Педагогические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. – Курск: Изд-во КГМУ, 2007. – 346 с.

ЧАДЮК ОКСАНА

Київський національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова

## **СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЯК МЕХАНІЗМ ІНТЕГРАЦІЇ ДИТИНИ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я В СУСПІЛЬСТВО**

Одна з найголовніших проблем нації сьогодення – загроза вимирання, матері бояться народжувати, бояться злиденності, а крім того – бояться народити хвору дитину, тому одним із найважливіших чинників прогресивного розвитку суспільства є гуманне, милосердне та дбайливе ставлення до дітей і молоді, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного та психічного розвитку.

Інвалідність – це обмеження в можливостях, обумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар’єрами, які не дозволяють дитині бути інтегрованою в суспільство і брати участь в житті сім’ї та держави на тих же умовах, як і інші члени суспільства.

Інвалідність є соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство. У всьому світі майже кожна десята людина зазнає тих чи інших обмежень, з них майже 470 млн. людей працездатного віку. Ці дані засвідчують масштабність та глобальний характер проблеми інвалідності.

Дитина із функціональними обмеженнями здоров'я - особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життедіяльності та зумовлює необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.[6, 58]

Кількість дітей з обмеженими функціональними можливостями постійно зростає, хоча її причини і наслідки можуть бути різними. За даними ООН, кожна четверта сім'я у світі стикається з проблемами інвалідності, загальна кількість людей з обмеженими функціональними можливостями на планеті становить 600 млн. осіб, і понад чверть з них – діти. На сьогоднішній день в Україні інвалідність мають понад 2,5 млн. людей, з них – приблизно 168,12 тис. дітей. 1,6% дітей у нашій країні є недостатньо дієспроможними [2, 208]. Важливу особливість цієї проблеми становить те, що близько 80% дітей з функціональними обмеженнями виховуються у сім'ях громадян, решта – в інтернатних закладах [1;5].

Високий показник інвалідності дітей зумовлений цілою низкою соціально-економічних причин, серед яких основними є: недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей та підлітків, погіршення якості харчування, техногенні перевантаження, зменшення обсягу профілактичних програм в ланці охорони здоров'я, недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки дітей із соціально неблагополучних родин, неефективність освітніх програм для формування у дітей культури здоров'я тощо.

З настанням інвалідності для дитини починається новий етап життя: виникають бар'єри на шляху здійснення найважливіших соціальних і вітальних потреб, змінюється суспільний статус особи, порушується сформована система соціальних контактів, деформуються звичні життєві стереотипи.

Із появою дитини із функціональними обмеженнями здоров'я всі сімейні функції вцілому, спосіб життя деформуються. Багато дітей ідуть в себе, зводячи свого роду стіну між собою і навколоїшнім світом, соціальним оточенням. Дитина більшу частину свого часу проводить у будинку (вдома) і сімейний клімат, ступінь психологічного комфорту прямим чином відображається на якості і ефективності його реабілітації. Тому благотворно впливає на дитину із вадами здоров'я лише здорована, благополучна сім'я, створення якої потребує значних зусиль і певних якостей особистості. Неблагополучна ж швидше посилює, погіршує її становище.

Одним із головних процесів, який допомагає людині більш ефективно влитися в суспільство є соціалізація. І особливо вона важлива для дітей функціональними обмеженнями здоров'я, які мають малий досвід життя і не є пристосованими до різних його проявів.

Соціалізація - це процес засвоєння індивідом протягом усього його життя певної системи знань, соціальних норм і культурних цінностей, настанов і зразків поведінки, які дозволяють йому функціонувати в якості повноправного члена суспільства, до якого він належить.

Сутність соціалізації полягає в поєднанні пристосування (адаптації) і самоствердження людини в умовах конкретного суспільства. Соціалізація неможлива без активної участі самої людини в процесі засвоєння широкого кола цінностей, понять і навичок, на грунті яких складається її повсякденне життя.

С Агенти соціалізації - це люди та установи, діючі соціальні суб'єкти, за допомогою яких людина соціалізується завдяки процесам навчання, комунікації, прилучення до культур. Першим у житті агентом соціалізації людини є сім'я, де відбувається рання соціалізація, саме вона виступає одним із найважливіших агентів для дитини із функціональними обмеженнями здоров'я, адже результати батьківського виховання у значній мірі визначають особистість, її подальше суспільне життя. УЧАСНІОВІ

Соціалізація, що здійснюється через сім'ю, освіту й виховання, необхідна не лише для підготовки до дорослого життя чи здобуття професії. Тільки ефективна, соціально прийнятна соціалізація зможе забезпечити так званий процес «колюднення» людини, надасть їй можливість повноцінно існувати в сучасному світі.[14]

У роботі із сім'єю, в якій є дитина із функціональними обмеженнями, провідною функцією є також і реабілітація. Це пов'язане з тим, що інвалідність досить часто стає причиною глибокої й тривалої соціальної дезадаптації всієї сім'ї, для розуміння причин якої необхідно звернутися до аналізу проблеми інвалідності, яка надзвичайно серйозна і недостатньо вивчена. Серйозність проблеми обумовлена не лише тим, що за останній час, збільшилося число людей, котрі мають значні фізичні чи психічні вади, але й надзвичайно низький рівень матеріального забезпечення, їх соціальною і матеріальною незахищеністю. До недавніх часів ця проблема певною мірою стосувалася лише самої людини, яка має інвалідність, та її сім'ї. І лише в останні роки перед суспільством постало питання: інвалідність – це нещастя однієї людини чи суспільний феномен?

Організація соціальної допомоги дітям, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного або психологічного розвитку, потребує, в першу чергу, зміни ставлення суспільства до людей із функціональними обмеженнями та проблеми інвалідності в Україні взагалі. Внаслідок обмежень у спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні, контролі за своєю поведінкою розвиток цих дітей залежить від задоволення їх потреб іншими людьми, що складає багатогранний процес соціальної реабілітації. Освіта, психолого-педагогічний вплив на особу є інструментами вирішення однієї з основних проблем у суспільній та державній політиці щодо дітей з інвалідністю – їх соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції у суспільство. Соціально-економічна ситуація, що склалася на сучасному етапі розвитку України, кризові явища у сфері економіки і

фінансів зумовлюють необхідність посилення соціального захисту дітей із вадами здоров'я, визначення пріоритетних напрямів у цій важливій роботі, одним із яких є рання соціальна реабілітація.

Реалізація політики щодо інтеграції дітей із функціональними обмеженнями здоров'я у суспільство потребує забезпечення максимально зручних умов життя і побуту дітей з обмеженими фізичними можливостями, зокрема створення "безбар'єрного" середовища, в якому зазначена категорія громадян матиме можливість без ускладнень користуватися усіма елементами інфраструктури, відвідувати будь-які об'єкти житлового та громадського призначення, вільно пересуватися транспортом, користуватися засобами зв'язку та мати доступ до інформації.

Надзвичайну важливість набуває соціально-психологічна реабілітація дітей із вадами здоров'я, як спосіб їх інтеграції у суспільство, як механізм створення рівних можливостей інвалідам для того, щоб бути соціально затребуваними. Ця проблема актуалізується не тільки тому, що останнім часом збільшилася кількість дітей, які мають значні фізичні та психічні відхилення, а ще тому, що ця категорія населення має низький рівень матеріального забезпечення, а також морально незахищена.

Соціальна реабілітація дитини із функціональними обмеженнями здоров'я – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.[13]

Неодмінно умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Проте, якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Необхідно внести суттєві зміни у ставленні до дітей із вадами здоров'я, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Сутність соціальної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку дитини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особи. Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим необхідно вирішувати:

- проблеми дитини: підтримка фізичного здоров'я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;
- проблеми сім'ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;
- проблеми професіоналів: медики (профілактика та підтримка здоров'я), педагоги та психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти та виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна та групова робота, захист інтересів дітей та сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери та виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої та виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав та обов'язків інвалідів та їх сім'ї);
- проблема суспільства – зміна ставлення до людей із функціональними обмеженнями та сімей із такими дітьми;
- проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров'ю та життедіяльності, створення дружнього для простору для дітей із вадами здоров'я.

В Україні почало формуватися стійке сучасне уявлення про проблеми інтеграції дітей із вадами здоров'я як про складну систему взаємозалежних економічних, соціальних, культурних, морально-етичних та медичних завдань. Почали розвиватися принципово нові аспекти інтеграції, які до цього часу не бралися до уваги. Однак ще й досі залишаються умови, які не дають можливості реалізувати свої права повною мірою і не сприяють їхній усебічній участі у житті суспільства. Тому надзвичайно актуальним завданням стає необхідність дослідження причин і умов життя, які заважають створенню стабільної комплексної системи інтеграції дітей із функціональними обмеженнями здоров'я у сучасне суспільство.

Предметом уваги держави при вирішенні проблем, пов'язаних з інвалідністю, стає не лише порушення в організмі осіб із функціональними обмеженнями, а й відновлення їхньої соціально-рольової функції в умовах обмеженої фізичної, психічної, соціальної свободи. Проте в суспільстві поки що мало змінилися психологічні стереотипи щодо людей із вадами здоров'я. Невіглаште, зневага, заборони, страх – ось ті причини, що стоять на заваді розвиткові здібностей інвалідів і призводять їх до ізоляції. Тому проблема інтеграції дітей із вадами здоров'я тісно пов'язана із завданням допомогти всім здоровим людям знайти шляхи спілкування із співгromадянами, яких природа обділила слухом чи зором, можливістю вільно пересуватися і повноцінно сприймати світ, – і не за рахунок окремих акцій милосердя. А шляхом створення комплексної системи соціальної захищеності, адаптації цієї категорії людей. Ось чому необхідно, сформувати державну правову політику стосовно соціального захисту дітей із функціональними обмеженнями здоров'я.

Основною метою державної соціальної політики щодо дітей із функціональними обмеженнями здоров'я Україні має бути забезпечення рівних можливостей та реалізація конституційних прав цією категорією громадян, створення сприятливих правових, політичних, соціально-економічних, медичних, психологічних, організаційних умов і гарантій для забезпечення людського розвитку та інтеграції у суспільне життя. [9]

Комплексне вирішення проблеми інвалідності передбачає ряд заходів. Треба почати зі зміни змісту бази даних про дітей із функціональними обмеженнями у державній статистичній звітності з акцентом на відображення структури потреб, кола інтересів, рівня домагань інвалідів, їх потенційних здібностей і можливостей суспільства, з впровадженням сучасних інформаційних технологій і техніки для прийняття об'єктивних рішень. Необхідно також створювати систему комплексної багатопрофільної реабілітації, спрямовану на забезпечення незалежної життедіяльності інвалідів. Повинен з'явитися ринок реабілітаційних виробів і послуг, що визначає попит і пропозицію на них, формує здорову конкуренцію і сприяє задоволенню потреб інвалідів.

Не обйтися без реабілітаційної соціально-середовищної інфраструктури, що сприяє подоланню фізичних і психологічних бар'єрів дітей із функціональними обмеженнями здоров'я на шляхах відновлення зв'язків з навколошнім світом. І, звичайно ж, потрібна система підготовки фахівців, що володіють методами реабілітаційно-експертної діагностики, відновлення здібностей інвалідів до побутової, суспільної, професійної діяльності, способами формування механізмів макросоціального оточення з ним.

1) Сім'я та її оточення, як основа соціальної реабілітації дитини із функціональними обмеженнями здоров'я.

Жінка, яка народила хвору дитину, відразу опиняється сам на сам із нещастием, що звалися на неї. Межа відторгнення пролягає вже у палаті молодих матерів. Ось де жінка потребує допомоги психолога і особливої уваги соціального педагога. Звичайно, це дуже болючий удар, і розв'язати купу проблем, пов'язаних з народженням дитини із функціональними обмеженнями здоров'я без допомоги державних установ надзвичайно важко.

Одна з важливих задач соціального педагога у такий момент - допомогти матері та батьку уявити своє становище, круту зміну життя, їх власну роль у житті дитини і своє призначення. Багато жінок намагається зберегти попередній уклад життя, роботу, і неминуче жертвують чимось у долі хворої дитини. Інші, навпаки, кидають усе, присвячуєть себе дитині. У таких випадках здебільшого розпадається сім'я, страждають інші діти.

Тому перший етап соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями – допомогти батькам змінити своє життя так, щоб і дитині допомогти, і зберегти активність у соціумі. Для цього потрібно у пологових будинках створити комісії, групи фахівців, котрі вирішуватимуть надзвичайну ситуацію: народження дитини з патологією. Завданням цієї комісії є первинна психотерапевтична і просвітницька робота з матір'ю, членами родини (особливо з батьком) і перші поради-рекомендації – до кого звернутися.

Другий етап – входження у життя сім'ї дитини із обмеженнями здоров'я. На жаль, далеко не кожний батько сприймає таку дитину. Поки що немає загальної статистики, проте факт, що більшість сімей дітей із вадами здоров'я без батька, безперечний. Багато б хто з батьків зостався у сім'ях або став краще ставитися до своєї хворої дитини і до життя, якщо б мали можливість спілкуватися, бачитися з іншими сім'ями, іншими батьками, усвідомили, що хворої дитині не треба соромитися, що їй потрібна любов батька.

Отже, завдання другого етапу - створення груп взаємодопомоги батьків, і не тільки батьків, а й всіх членів сім'ї, передусім братів і сестер, які також потребують захисту і реабілітації. Зокрема відомо, наскільки важко ім не відвернутися від хвого брата або сестри, котрі стали для них джерелом страждань. Тому підхід до реабілітації лише дитини із функціональними обмеженнями, незважаючи на її оточення не може дати відповідного результату.

Дітям з обмеженими можливостями потрібні здорові діти для швидкої соціальної адаптації, підтримки та спілкування, а здоровим дітям – хворі, щоб у них виховувалося живе співчуття. Неможливо виховати здатність співчувати в умовах, коли здорові діти практично ізольовані від хворих однолітків.

Одне з головних завдань соціального педагога - розробка індивідуальної програми реабілітації. Повинні також бути не комісії, а постійно діючі психологічні консультації з широким доступом батьків до інформації про методи і шляхи розвитку дитини. Для того, щоб скористатися інформацією, батьки повинні навчитися визначати, що краще для дитини, як сполучати роботу і догляд за дитиною. Батьки мають усвідомити, що сьогодні не можна бути пасивними, якщо їх дитина хвора, адже саме вони повинні обрати той напрям, який дасть найкращі результати. Спец-інтернати і лікування, і навчають, наскільки можливо. Але мають один суттєвий недолік - якщо дитина перебуває там досить тривалий час, то вона майже не пристосована до звичайного життя, у тому числі і до життя в сім'ї.

З цього випливає одна з головних потреб дітей із функціональними обмеженнями здоров'я - потреба у центрі спілкування. Потреба у теплому домі, де на тебе чекають друзі, де можна спілкуватися, слухати музику, гуляти по подвір'ю, святкувати. А ще – займатися у гуртках та секціях, отримати консультацію психолога, читати книжки і дивитися телевізор: все те, що необхідне молодій людині. Такий центр потрібен і батькам для взаємної підтримки, навчання необхідним професіям, спілкування з іншими людьми. Одна з головних проблем настає коли дитина із вадами здоров'я дорослішає. Це проблема майбутнього, дорослого життя дітей, їх місця у соціумі.

2) Труднощі соціальної реабілітації дітей із функціональними обмеженнями здоров'я та їх розв'язання.

У процесі соціальної реабілітації вирішуються три групи завдань: адаптація, автоматизація й активізація особистості.

Соціальна адаптація припускає активне пристосування індивіда до умов соціального середовища, а соціальна автоматизація - реалізацію сукупності установок на себе; стійкість у поведінці й відносинах, що відповідає уявленню особистості про себе, її самооцінці. Процес соціальної реабілітації, навіть при сприятливому збурі обставин, розгортається нерівномірно й може бути сповнений рядом труднощів, що вимагають спільніх зусиль дорослого й дитини. Під труднощами соціалізації розуміється комплекс труднощів дитини при оволодінні тією або іншою соціальною роллю. Найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до дитини в процесі її взаємин із соціумом і готовності дитини до цих відносин.

Труднощі оволодіння соціальною роллю виникають найчастіше тоді, коли дитина із функціональними обмеженнями здоров'я не інформована про цю роль, або інформація носить помилковий характер, або в дитини немає можливостей спробувати себе в даній ролі (відсутність умов для соціальних проб).

Труднощі реабілітації можуть бути пов'язані й з тим, що усередині соціуму спостерігається "розмитість" образів рольової поведінки (наприклад, стираються граници між знаннями про впевненість і агресивною поведінкою, між чоловічим і жіночим способом життя). У зв'язку із цим у дитини періодично з необхідністю встає завдання самовизначення, як із приводу змісту самої соціальної ролі, так із приводу способів її втілення.

Найбільш серйозним наслідком інвалідності є втрата базової довіри до світу, без якого стає принципово неможливим розвиток таких найважливіших новоутворень особистості як: автономія, ініціативність, соціальна компетентність, умілість у праці, статева ідентичність і ін. Без цих новоутворень дитина не може стати суб'єктом міжособистісних відносин і сформуватися в зрілу особистість. Втрата базової довіри до світу проявляється й у підозріlosti, недовірливості, агресивності дитини. Труднощі соціальної реабілітації, як правило, породжують соціальний конформізм до соціальних процесів, або повне неприйняття норм відносин, що складаються в соціумі. Внаслідок наслідків аномальної соціалізації необхідно назвати такі явища, як соціальний аутизм (відсторонення від навколошнього світу), відставання в соціальному розвитку.

Причини виникнення труднощів входження дитини із функціональними обмеженнями в систему соціальних відносин можуть бути всілякі, але, насамперед пов'язані з неадекватним сприйняттям дітьми тих вимог, які пред'являє навколошній соціум.

Критеріями подолання цих труднощів можуть бути наступні:

1. Готовність до адекватного сприйняття виникаючих соціальних проблем і рішення цих проблем відповідно до норм відносин, що заклалися в соціумі (соціальна адаптованість), тобто здатність адаптуватися до існуючої системи відносин, опанувати відповідну соціально-рольову поведінку і мобілізувати не тільки свій потенціал для вирішення соціальної проблеми, але й використовувати ті умови, у яких складаються відносини дитини;

2. Стійкість до несприятливих соціальних впливів (автономність), збереження своїх індивідуальних якостей, сформованих установок і цінностей;

3. Активна позиція в рішенні соціальних проблем, саморозвиток і самореалізація у виникаючих важких ситуаціях (соціальна активність), здатність до самовизначення й розширення границь просторової життєдіяльності.

Кожний з перерахованих критеріїв не свідчить про підготовку дитини із функціональними обмеженнями до подолання труднощів соціальної реабілітації. Вони можуть розглядатися тільки в комплексі. [11, 9]

Подолання труднощів соціальної адаптації, реабілітації, інтеграції в суспільство дітей з функціональними обмеженнями здоров'я - процес, що розтягується на довгі роки. Його успішність, ефективність залежить від безлічі факторів, але, у першу чергу, від готовності близьких людей, педагогів та інших фахівців до надання допомоги цій категорії дітей і від сформованості їхньої професійної позиції, іншими словами - їхнього професіоналізму.

#### Література:

1. Альошина Т. Песимістична трагедія [Текст] : (Інваліди в суспільстві) / Альошина Т. // Соціальна політика і соціальна робота. – 1999. – N2. – С. 56-65.
2. Белова Т. Ситуація з дітьми-інвалідами // Реформування соціальних служб в Україні: сучасний стан і перспективи. Зб. Статей за матеріалами Міжнар. наук.-практ. конф. – Львів, 5-7 червня 2002 р. – Львів, 2003. – С. 207-211.
3. Борщевська Л.В., Зіброва А.В., Іванова І.Б. та ін. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999. – 79с.
4. Вернер Д. Реабілітація дітей-інвалідів – М.: Філантроп, 1995. – 654 с.
5. Закон України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” від 16 листопада 2000 року.
6. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації // Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. – К.: Логос, 2000. – ст. 58-74.
7. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-методичний посібник – К.: УДЦССМ, 2001. – 220 с.

8. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. М.: Педагогика – Пресс, 1996. – 80 с.
9. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети // Соціальний захист. – 2002. - №11. – ст. 15-18.
10. Про становлення інвалідів України та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. – К.: Соцінформ, 2002. – ст.160.
11. Родименко І.М. Сучасний погляд на навчання дітей з особливими потребами // Нива знань. – 2004. - №2. – 8-12.
12. Социальная работа: история, теория и практика: / За ред. С. Я. Марченко, Н. С. Кратинов, Л. Ц. Ваховский и др. – Луганськ: Альма-матер, 2002. – 158 с.
13. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю // За загальною редакцією Толстоухової С. В., Пінчук І. М. – К.: УДЦССМ, 2000. – 184 с.
14. Суслова М. Ю. О социализации молодых инвалидов // Социологические исследования. – 2000. – №4. – Статистичний збірник «Соціальний захист населення України» 2008/ Держкомстат України. – К., 2009. – 130 с.
15. Ярская-Смирнова Е.Р.; Неберушкина Е.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер., 2004. – 316 с.

## СЕКЦІЯ VIII. ФОРМУВАННЯ СУЧASNOGO СВІТОГЛЯДУ В ПИТАННЯХ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Вольних Марина

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»

### ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В ЗМІ

Історично склалося так, що жінки мають значно менше можливостей для розкриття та реалізації своїх здібностей. І це не лише тому, що вони обтяжені подвійним трудовим тягарем - на роботі і вдома, але й внаслідок того, що соціальне оточення вважає, що головна самореалізація жінки існує у сфері материнства, сімейного життя, а все решта - професійний ріст, розвиток творчих здібностей, суспільно-політичні інтереси . вторинні та підлеглі тим її соціальним ролям, котрі базуються на здатності жінки бути матір'ю та дружиною [1].

Проблема гендерних стереотипів залишається актуальною для українського суспільства. Ще й досі недооцінюється роль жінок в суспільно-політичному та громадському житті. Відомо, що становище жінки є яскравим віддзеркаленням становища суспільства в цілому. Від того, як почувається жінка в суспільстві, в сім'ї, який вона має статус, наскільки вона незалежна економічно та захищена соціально, залежить і сьогодення, і майбутнє нашої країни.

Відповідно до нових поглядів на процес розвитку суспільства, рівність чоловіків і жінок визначається міжнародними організаціями ключовим елементом людського розвитку, оскільки жінки та чоловіки нероздільно пов'язані одне з одним та суспільством через родинні зв'язки, відносини, ролі та відповідальності. Гендерні ролі та відносини, створені суспільством, постійно змінюються. Це стає помітнішим від покоління до покоління. Змінилися політичні й економічні відносини — міняються гендерні ролі. Проблема участі жінок у процесах розвитку надзвичайно зросла за останні роки. І це не дивно. Адже нині 54 % населення України становлять жінки, рівень їхньої зайнятості в суспільному виробництві — 51 відсоток, майже 90 % жінок працездатного віку вчаться або працюють; наша держава посидає одне з провідних місць у Європі за рівнем освіти жінок. І незважаючи на це, доступ жінок до політичної, економічної, суспільної влади є далеко не пропорційним до їхньої кількості, потреб і суспільного внеску[11].

Вагомий вплив на формування гендерних цінностей і закріplення їх у свідомості людей мають засоби масової інформації.

Журналістика, як будь-який прояв масової культури і масової свідомості, неможлива без стереотипних, стійких уявлень про належне і не належне, погане і добре, позитивне і негативне. Ці стереотипи складаються із стійких уявлень, які мають властивість змінюватися з часом. Це відноситься до гендерних стереотипів - уявленим про "хороших" і "поганих" жінок і чоловіків і взаємовідносини їх ролей в тому чи іншому суспільстві. Гендерні стереотипи у ЗМІ невіддільні від ідеалу жінки, а також ідеї призначення жінки, яка панує в той чи інший період. Скажімо, в ЗМІ дореволюційної Росії як позитивний ідеал домінував образ патріархальної матері, господині салону, доброочесної християнки. У радянський період відповідно до соціалістичних ідей активної участі жінок у суспільстві панував тип "робітниці і матері" (визначення Н. Крупської), трактористки, лікаря та активістки, яка буде щасливе майбутнє, і готової на будь-які жертви в ім'я блага країни. У пострадянський період (і в з'язку з пануванням неоліберальної ідеології) всі соціалістичні ідеї (в тому числі ідея активної участі жінок у житті суспільства) були відкинуті, і домінувати знову стала ідея "природного призначення жінки" як матері і дружини [8].

Аналіз газет, зроблений за останні 5 років Асоціацією журналісток, показав, що в матеріалах національних ЗМІ домінують переважно два типи жінок: це сексуальний об'єкт і щаслива домогосподарка - подруга чоловіка. Стереотипно постають і образи "рольових моделей" чоловіків - це, як правило, вдалий бізнесмен, який претендує на звання "супермена" у всьому. Негативні оцінки частіше всього отримують жінки, незгодні з традиційними ролями - феміністки в тому числі. Правда, останнім часом ситуація починає змінюватися, і у ЗМІ все частіше з'являються виступи як про активних і успішних жінок, так і про чоловіків, готових займатися вихованням дітей і здатних на прояв людських почуттів.

Гендерні стереотипи - рецедив невільної свідомості, що дістався нашій пресі з радянських часів, це характерні прояви гендерної цензури (по відношенню до обох статей); явище, яке збіднє уялення засобів масової інформації про реальне життя і гальмує розвиток вільних ЗМІ, а також розвиток суспільної свідомості [8].

Метою даної роботи є з'ясування гендерних стереотипів в українському суспільстві, виявлення ставлення громадськості до проблеми гендерної нерівності та аналіз висвітлення гендерної нерівності в ЗМІ.

Завданнями роботи є наступне:

- 1) з'ясування гендерних стереотипів в українському суспільстві
- 2) визначення думки громадськості щодо гендерної нерівності;
- 3) порівняння отриманих даних анкетування з висвітленням гендерних стереотипів в ЗМІ.

Об'єктом є гендерні стереотипи, предметом – Засоби масової інформації.

Починаючи з 1960-х років, проблематика гендера стає популярною насамперед у соціальній психології. Як зазначає Дж. Ріцтер, з'являються феміністичні соціологічні теорії, які також набувають значного поширення [2, с. 36]. Загалом слід зазначити, що ще Платон у трактаті „Держава” звертає увагу на проблему однаковості освіти для чоловіків та жінок як передумови набуття ними справді рівних шансів брати участь у громадських справах. Проте інший видатний давній грек, Софокл, наголошував, що досить лише зрівняти жінку в правах з чоловіком, як вона починає чоловіка переважати за своїми суттєвими людськими властивостями.

Однак, принаймні з часу появи праці Ф. Енгельса про походження людини, родини, суспільства та приватної власності, в науковій думці утверджується концепція, згідно з якою з настанням доби патріархату ставиться крапка на ідеї рівноправ’я статей, що і стає „всесвітньо історичною” поразкою жіночтва. Тому тривалий час суттєвий, так би мовити, жіночого погляду на перипетії історичного процесу не спостерігалося. Та все ж і в давній історії не все було безпросвітним. Наприклад, стародавні римляни принаймні почали вносити до своїх родоводів імена жінок.

З цілковитою підставою можна вважати, що проблему соціально-психологічної ролі гендера в історії вперше порушила Сімона де Бовуар, дружина французького філософа Ж.-П. Сартра. Вона, зокрема, наголошувала, що „...неповноцінність жінки визначила її мізерну роль в історії, а мізерна роль в історії прирекла її на неповноцінність” [3, с. 252].

І. Кант, А. Шопенгауер, Ф. Енгельс, К. Маркс, З. Фрейд та інші філософи, психологи, соціологи звертали пильну увагу на відносини між статями, розкриваючи різні їх аспекти. Так, Ф. Ніцше ставив занепад народів у залежність від зменшення індивідуальної пристрасті та збільшення шлюбів за соціальними мотивами. У „Книзі для вільних умів” у розділі про жінку й дитину він зазначає, що досконала жінка є вищим типом людини, ніж досконалий чоловік, але зустрічається такий жіночий тип надзвичайно рідко [4, с. 415].

Загалом історики та соціологи наголошують, що, внаслідок переважної уваги до конфліктів усередині соціальних класів, стосунки між жінками та чоловіками залишаються на периферії „великих структур” та „великих змін” (індустріалізації, урбанізації тощо). Натомість вони пропонують створити історію, де жінки й чоловіки посідатимуть однакове місце в суспільстві.

Гендерні стереотипи впливають не лише на особисте життя тієї чи іншої людини, але й на життя суспільства.

Виділяють кілька груп гендерних стереотипів [5]:

Стереотипи маскулінності-фемінності. В стереотипній уяві маскулінності належать “активно-творчі” характеристики, інструментальні риси особистості, такі як домінантність, активність, впевненість у собі, агресивність, логічне мислення, здатність до лідерства. Фемінність, навпаки визначається як “пасивно-репродуктивне джерело”, яке знаходить прояв у експресивних характеристиках, таких як залежність, турбота, тривожність, низька самооцінка, емоційність. Маскулінні характеристики зазвичай протиставляються фемінним, розглядаються як протилежні або комплементарні.

Друга група гендерних стереотипів містить уявлення про рольовий розподіл між чоловіками та жінками, найяскравіший відбиток у соціальному житті вони знаходять у професійній та побутовій сферах. Для жінок найбільш значущою соціальною роллю вважається роль домогосподарки, матері. Жінці належить бути в приватній сфері життя – дім, народження та виховання дітей, на неї покладається відповідальність за взаємовідносини в сім’ї. Знамените німецьке “Чотири К”, які відображають стереотипні уявлення про соціальні ролі жінки: “кухня, кірха, кіндер (дитина), кляйде (плаття)”. Чоловікам належить включення в суспільне життя, професійна успішність, відповідальність за забезпечення сім’ї.

Остання група гендерних стереотипів визначається специфікою змісту праці. Згідно з традиційними уявленнями припускається, що жіноча праця повинна носити виконавчий, обслуговуючий характер, бути частиною експресивної сфери діяльності. Жінки частіше працюють у сфері торгівлі, охорони здоров’я, освіти. Для чоловіків можлива творча й керівна робота, їхня праця визначається в інструментальній сфері діяльності. У науковій практиці такий розподіл гендерних ролей підтверджується концепцією взаємодоповнення статей Т. Парсонса, Р. Бейлза.

Дослідивши проблему гендерних стереотипів, установлено, як сприймається гендерна нерівність жінками, чоловіками та як висвітлюється гендерна нерівність в ЗМІ.

Виходячи із результатів анкетування, визначено, 88% респондентів вважають, що гендерна нерівність існує в Україні, 62% опитаних вважають проблему гендерної нерівності актуальною.

На думку респондентів, в умовах гендерної нерівності права порушують здебільшого жінок (56%) або порушуються права обох статей (12%). Варто зазначити, що з 56% - 40% жіноча частка відповідей.

Наступне питання дослідження мало на меті дізнатись, чи існує гендерна дискримінація з боку суспільства та ЗМІ, на думку респондентів. І якщо існує, то вказати стать. За результатами, 42% вважають, що існує (з них 28% дискримінація жінок, 12% обох статей, 2% чоловіків).

На запитання «Якою мірою Ви згодні з твердженням «Чоловік повинен забезпечувати матеріальний добробут сім’ї» респонденти відповіли наступним чином: 48% - скоріше згодні, ніж не згодні, 32% абсолютно згодні, 8% скоріше не згодні та 6% не згодні.

94% опитаних вважають, що виховання дітей не є виключно жіночою справою. І лише 4% вважають, що так.

На запитання «Чи відчували Ви себе дискримінованим зі сторони іншої статі?» 68% - ні, 32% - так, з них 22% відповідь жінок, 10% чоловіків.

Також 56% опитаних вважають, що до нашого парламенту не достатньо обрано жінок(з них так думають 40% жінок та 16 % чоловік), та 34% чоловіків вважають, що до парламенту достатньо обрано жінок.

Останнє запитання було задане задля з'ясування, що ж саме заважає жінкам бути активними у суспільноПолітичному житті? Серед запропонованих відповідей було обрано: 42% - стереотип «політика – не жіноча справа», 36% байдужість (небажання) самих жінок, 20% egoїзм чоловіків.

Свого часу соціологи провели дослідження і виявили, що у суспільстві існує певна кількість жінок, які активні в політиці, громадсько – суспільній діяльності, і рівно такий же відсоток чоловіків, які з натхненням виконують домашню роботу, займаються вихованням дітей, ходять по магазинах тощо. Таким чином, якщо жінка хоче бути активною і впливати на реальну політику, вона нею буде. Усе в руках жінок при спільніх зусиллях влади та громадськості.

Наявні в суспільстві проблеми гендерної нерівності мають своє масмедійне відображення. Часто саме засоби масової інформації, що відіграють визначальну роль у формуванні суспільної думки стосовно важливих суспільних проблем, формують і закріплюють у масовій свідомості визначені норми гендерної поведінки, продукують гендерно-стереотипні образи жінок та чоловіків, які постають на сторінках друкованих видань, у теле- та радіопросторі. Образи жінок, створювані й транслювані ЗМІ, часто сповнені гендерних упереджень та є сексистськими.

ЗМІ створили в уяві багатьох людей образи ідеального чоловіка і жінки, вони розмістили їх у певних нішах суспільства, тим самим відмітаючи усіх, хто не підпадає під даний образ як неповноцінних. Ці образи говорять до нас з екранів телевізорів, посміхаються з обкладинок журналів, все більше і більше закріплюючи усвідомлення нашої неповноцінності. А будь-яке нове вільне від цих стереотипів утворення не має жодного шансу на розвиток, так як не визнається ЗМІ, а також всіма тими, хто не піддає їх авторитет сумнівам. По суті, з незалежного передавача інформації, яким воно має бути, ЗМІ перетворилися у вираження думок будови світу і суспільства своїх власників. Будь-яка подія чи відображення образу стає важливішим по мірі зростання кількості інформації, наданої про неї. Тим самим шкала цінностей і важливостей створюється вже не людиною безпосередньо.

Аналізуючи українські ЗМІ, достатньо помітити неоднакове зображення у них чоловіків та жінок. Чоловіки з'являються у серйозних новинах та є головними героями значної частини газетних та журнальних повідомлень частіше за жінок. З одного боку, „невидимість” жінок на сторінках ЗМІ, що повідомляють про події політичного та економічного життя країни, має цілком природне пояснення, оскільки переважну більшість політичних та економічних діячів становлять чоловіки, і тому кількість повідомлень про жінок є лише пропорційно їхній кількості в органах влади та на керівних посадах.

Несерйозне ставлення до інтелектуальних здібностей жінок також спостерігаємо на телебаченні. Програма «Хто проти блондинок» демонструє гендерну нерівність за статтю та кольором волосся. Ведучий програми, хоч іронічно, але відкрито наголошує на низькому рівні розумових здібностей учасниць.

В одній з програм „Страна советов”, присвяченій догляду за домашніми тваринами, ведучий звертається до гості, яка має ветеринарну освіту, не інакше як „деточка”, і після того, як вона демонструє добре знання своєї справи, ласково запитує: „И где Вас всему этому научили, деточка?” Навряд чи ведучий ставився б з таким скептицизмом до ветеринара-чоловіка. Цей приклад ще раз свідчить про те, що й досі у нашому суспільстві до жінок, що є професіоналками у певних сферах, ставляться з недовірою, іронією та скептицизмом.

Зокрема, триває процес нав'язування і пропаганди традиційних ролей чоловіка і жінки у суспільстві: кар'єра – це для чоловіків, а для жінок – домашнє господарство. Такими є усталені канони, відповідно до яких жінок і чоловіків змальовують у ЗМІ. Наприклад, в одній із серій популярного серіалу «Татусеві доньки» демонструвався чіткий розподіл справ на суто жіночі та суто чоловічі.

У сучасному суспільстві реклама стала частиною громадської думки, вона визначає свідомість людини так само, як визначає її батьківський дім, школа тощо. Це – магія перетворення акту споживання в акт культури. Однак наразі доводиться говорити не про хороші наміри, а про маніпулювання свідомістю.

Так, наприклад жінка в рекламі є або деталлю інтер'єру кухні або сексуальним об'єктом. Реклама демонструє, що в Україні приготуванням їжі, пранням, доглядом за дітьми займаються тільки жінки. Образ прачки, яка захоплена порошком “Тайд”, “Аріель” і т.д став звичним на наших телекранах уже давно. «Прачка» має різні соціальні ролі – вчительки, багатодітної матері, продавщиці, вона може бути звичайною тітоною або мати дуже привабливу зовнішність, вона може мати гроши або економити кожну копійку. Однак факт залишається фактом – реклама фіксує і “вмонтовує” у свідомість, що в українських сім'ях прання – це виключно жіноча справа.

Варто зауважити, що 66% респондентів анкетування не згодні з тим, що саме жінка повинна займатися вирішенням побутових проблем у сім'ї.

Так як жінки займаються прибиранням – вони фігурують в рекламі побутової техніки, засобів для чищення і т.д. Отже, жінки в рекламі виконують побутові ролі, хоча сучасна побутова техніка не потребує будь-яких спеціальних “жіночих” якостей. У зв'язку із специфікою нашого молодого ринку, який пропонує переважно їжі, засоби гігієни та ліків, реклама звертається власне до жінки як людини, що організовує сімейне споживання.

У роліку “Олейна” чоловік зустрічає жінку словами: “Я знудьгувався і голодний”. Так, чоловік готове обід лише тоді, коли дізнається, що стане батьком, і просто демонструє свою турботу. У подібних роликах чоловіки бивають, як правило, у двох ролях – у ролі споживача і в ролі експерта.

Із загального обсягу телереклами (на каналах “1+1”, “СТБ”, “Новий канал”) більшість припадає на рекламу, яка пропонує жінці засоби для догляду за собою (косметика, парфумерія, ліки) і реклами, які пропонують жінці засоби для догляду за домом, дітьми, чоловіком.

Можна зробити висновок, що реклама, діючи на підсвідомість людини, закладає гендерні стереотипи, певне сприйняття світу, ставлення щодо місця жінки в цьому світі. І, виходячи з рекламних образів, місце це підлегле, другорядне.

Реклама містить безліч виявів сексизму та дискримінації жінок. Сексуалізація жіночого тіла, порівняння жінок з товарами, які рекламиуються, або реклама якостей товару через презентацію гіпертрофованих жіночих особливостей, вияви брутальної неповаги до жінок – це все ознаки сучасного рекламного простору. Як приклади – через оголене жіноче тіло рекламиуються плитка для підлоги, телевізори, сушенні кальмари для пива, саме пиво, меблі, авто тощо.

Крім того, на українському телебаченні відводиться тільки певний віковий сектор для жіночої активності. Верхній поріг —— 25-30 років. Жінок іншого віку показують дуже рідко.

Світ реклами націлений на жінку. Рекламодавці користуються браком упевненості жінок самих в собі, щоб змусити купувати їхню продукцію. Підтекст більшості реклам такий: “Ви погано виглядаєте...щоб виглядати красще, ви повинні купити наш товар” і т.д.

Дослідження трьох рейтингів журналу «Фокус» підтверджує стан гендерної нерівності: Рейтинг «200 найвпливовіших українців» – 173 чоловіків (86,5 % ) і лише 27 жінок (13, 5%); Рейтинг «150 найбагатших людей України» – 148 чоловіків (98, 6%) та 2 жінки (1,3%); Рейтинг «25 кращих шеф-кухарів України» – 22 чоловічої статі (88%) та 3 жіночої (12%).

Говорячи про проблеми гендерної нерівності в суспільстві, не можна обминути проблеми чоловіків, оскільки вони також у певних випадках стикаються з виявами гендерної дискримінації та порушення їх прав. З іншої сторони, ці прояви гендерної нерівності мають зворотній ефект проти жінок, оскільки підсилюють певні стереотипи про соціальну роль жінки в суспільстві.

Однією з груп чоловіків, чиї права порушуються, є ті, хто самостійно виховує дітей. Існує трактування законодавства у сфері захисту материнства призводить до того, що чоловіки, які мають дітей, або навіть самостійно виховують без жінок, дискриміновані порівняно з жінками, які самостійно виховують дітей. При розлученні подружжя, дитина частіше дістаеться матері, навіть якщо у неї немає належних умов для виховання дитини.

Чоловіків позбавляють батьківських прав, бо в засобах масової інформації панує думка, що лише жінка повинна займатися вихованням дітей.

Громадськість думає інакше, анкетування показало, що 94 % опитаних вважають, що виховання дітей не є виключно жіночою справою.

Отже, дослідження продемонструвало, що проблема гендерної нерівності таки існує в Україні, і так вважають 88% респондентів (як жінок – 48%, так і чоловіків – 40%), 62% опитаних вважають проблему гендерної нерівності актуальною, але вона не має широкого висвітлення в ЗМІ, її не надається належне значення, до неї не привертається увага суспільства. Виховання дітей, підлітків та молоді продовжується на застарілих схемах стереотипів поведінки та гендерних ролей (чоловік – захисник, голова, лідер; жінка – слабка, беззахисна, другорядна).

Вищесказане призводить до висновку, що ЗМІ мають безпосередню і, навіть, не дуже завуальовану владу над мисленням людства. Зараз, коли інформація визнана одним з найцінніших факторів нашого життя, ті, хто володіють засобами розповсюдження її є найвпливовішими людьми. І саме вони вирішують, що саме і у якій формі піднести до нашої уваги, а що може залишитися поза нею. Вони створили міцну систему стереотипів і образів у мисленні людей, що вже просто не дає можливості міркувати по-іншому.

Але більш того, нав’язливі образи, що надають нам засоби масової інформації створюють комплекси, які потім перетворюються у проблеми у житті кожної окремо взятої людини. І гендерний аспект не є виключенням. ЗМІ створили в уяві багатьох людей образи ідеального чоловіка і жінки, вони розмістили їх у певних нішах суспільства, тим самим відмітаючи усіх, хто не підпадає під даний образ як неповноцінних[12]. Ці образи говорять до нас з екранів телевізорів, посміхаються з обкладинок журналів, все більше і більше закріплюючи усвідомлення нашої неповноцінності. А будь-яке нове вільне від цих стереотипів утворення не має жодного шансу на розвиток, так як не визнається ЗМІ, а також всіма тими, хто не піддає їх авторитет сумнівам. По суті, з незалежного передавача інформації, яким воно має бути, ЗМІ перетворилися у вираження думок будови світу і суспільства своїх власників. Будь-яка подія чи відображення образу стає важливішим по мірі зростання кількості інформації, наданої про неї. Тим самим шкала цінностей і важливостей створюється вже не людиною безпосередньо.

## Література:

1. Дослідження у сфері гендерної політики. – Тернопіль, 2000.
2. Ритцер Дж. Современные социологические теории. – М., 2001.
3. Сімона де Бовуар. Друга статт. Т. 1. – К., 1994.
4. Ницше Ф. Человеческое слишком человеческое. – М., 1990
5. Репіна Т.А. Анализ теорий полоролевой социализации в современной западной психологи // Вопросы психологии. 1987. № 2.
6. Оксана Миколюк. Навіщо нам гендер?// «День» [Електронний ресурс] режим доступу: <http://www.day.kiev.ua/290619?idsource=253910&mainlang=ukr>
7. Український діловий журнал «Експерт» // [Електронний ресурс] режим доступу: <http://expert.ua/>
8. Електронний словник гендерних термінів // [Електронний ресурс] режим доступу: [www.owl.ru/gender/index](http://www.owl.ru/gender/index)
9. Газета “Фокус”// [Електронний ресурс] режим доступу: <http://focus.ua/>
10. Українська Гельсінська спілка з прав людини // [Електронний ресурс] режим доступу: <http://www.helsinki.org.ua/>
11. Гендерні проблеми у засобах масової інформації (управлінський аспект) // [Електронний ресурс] режим доступу: <http://www.refine.org.ua/pageid-5075-1.html>
12. Гендер і ЗМІ // [Електронний ресурс] режим доступу: <http://ua.textreferat.com/referat-8597-4.html>

ЗОЛОТУХА ЮЛІЯ

Житомирський державний університет ім. І. Франка

## **ПІДГОТОВКА МОЛОДІ ДО ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА НА ЕГАЛІТАРНИХ ЗАСАДАХ**

Серед багатьох важливих завдань, які постають перед будь-якою державою в процесі державотворення, особливе місце займає завдання досягти національної злагоди, політичної та соціальної стабільності, гарантувати права людини. Проте сучасна ситуація в Україні характеризується політичною та соціально-економічною нестабільністю, зниженням рівня життя значної частини населення, втратою робочих місць, деморалізацією та зростанням злочинності та насильства. Всі перераховані чинники особливо різко загострили проблеми сім'ї.

Зростаючий рівень безробіття, матеріальна незабезпеченість, невпевненість у своєму майбутньому – фактори, які призводять до втрати орієнтирів молодих жінок і чоловіків на створення сім'ї, народження дітей та на усвідомлене батьківство. Як результат, ми спостерігаємо зростання небажаних вагітностей, вражаючу кількість абортів, ріст соціального сирітства та домашнє насильство, як над дітьми так і над іншими членами сім'ї.

Саме тому останніми роками в Україні актуальністі набуває питання підготовки молоді до шлюбу, сімейних відносин та відповідального батьківства, що включає в себе такі поняття як «відповідальне материнство» і «відповідальне батьківство».

Відповідальне батьківство починається не тоді, коли дитина вже підросла і потребує, щоб з нею займалися. Відповідальне батьківство починається від моменту коли подружжя вирішило народити дитину. Це складний і серйозний крок в житті кожної сім'ї, тому дуже важливо, щоб і чоловік, і жінка були не лише фізіологічно готовими до цього, але й психологічно.

Підготувати молодь до створення сім'ї та сформувати культуру материнства і батьківства – одне з найважливіших завдань, що стоїть перед нашим суспільством.

Теоретичними та практичними аспектами роботи з молодим поколінням у сфері статевої соціалізації, соціального виховання, підготовки молоді до сімейного життя займалися такі фахівці: О. Василенко, І. Зверева, А. Капська, Г. Лактіонова, Л. Міщик, Р. Овчарова, В. Раміх, А. Рижанова, С. Савченко, С. Харченко, М. Шакурова та ін. У своїх роботах науковці наголошували на тому, що формування свідомих батьків вимагає реалізації всіх принципів навчання і виховання, у першу чергу, принципу індивідуального підходу. Основою індивідуального підходу в підготовці молоді до сімейного життя є розуміння особливостей сприйняття та засвоєння одержуваної інформації.

Проте, хотілося б зауважити, що під час роботи з молодими людьми необхідно враховувати той факт, що суспільство не стоїть на місці, відбуваються певні зміни, які неминуче впливають як на чоловіків і жінок, так і на їхні взаємостосунки. Так, наприклад, моделі сім'ї. Патріархальний (традиційний) тип сім'ї, який був притаманний нашим пращурям, характеризується залежністю дружини від чоловіка і дітей від батьків. Панування чоловіка виявляється в тому, що в його руках зосереджені економічні ресурси, він приймає основні рішення, відповідно до чого сімейні ролі жорстко закріплено. У традиційній сім'ї панує абсолютна батьківська влада та авторитарна система виховання. Суть патріархальної моногамії спрощено можна звести до двох принципів: жорстка статево-

вікова субординація і відсутність індивідуальної виборності на всіх стадіях сімейного циклу [10]. На противагу патріархальній моделі існує егалітарна (партнерська), що ґрунтуються на розподілі ролей у відповідності з особистими якостями та здібностями подружжя, на участі кожного у прийнятті рішень, виховання дітей спирається на переконання, а не на примус.

Традиційні ролі, відповідно до яких жінка вела будинок, господарство, народжувала і виховувала дітей, а чоловік був головою сім'ї, господарем, який забезпечував економічну самостійність сім'ї, вже трансформувалися. В наш час жінка має практично необмежені можливості. Сьогодні більшість жінок працює, займає керівні посади, є економічно незалежними. Це, в свою чергу, впливає і на взаємостосунки в родині. Тому, на нашу думку, егалітарна модель сім'ї є найоптимальнішою для гармонійного життя подружжя та виховання дітей. На партнерських засадах будується міцні стосунки, які не заважають, а, навпаки, сприяють самореалізації особистості чоловіка та жінки.

Проте, останнім часом все частіше наголошують на багатовікових традиціях українського народу, що ґрунтуються на релігійному світогляді, глибокій повазі до людського життя, шанування сім'ї та жінки саме як матері та носія життя, дбайливому ставленні до дитини [7]. Тобто суспільство пропагує думки про те, що практично вся відповідальність за благополуччя сім'ї і дитини загалом лежить на жінці, спираючись при цьому на традиції нашого народу, хоча етнографічні дослідження демонструють кардинально інші звичаї наших прап鲁їв, ніж ті, які сентиментально оспінюють у націоналістичному дискурсі. Але якщо ми говоримо про свідоме відповідальне батьківство, то «необхідно зняти з жінки непомірне репродуктивне навантаження (як реальне, так і символічне) та встановити рівномірний розподіл обов'язків по вихованню майбутніх поколінь між усіма зацікавленими сторонами (батько, матір, суспільство та роботодавці як клас, в якому необхідна робоча сила, що вироблятиме додану вартість)» [7].

Материнство – складний феномен, що ґрунтуються на фізіологічних механізмах, еволюційній історії, культурних та індивідуальних особливостях [2]. Функції матері в розвитку дитини досить складні і різноманітні. Вони полягають у задоволенні всіх фізіологічних потреб дитини, забезпечені емоційного благополуччя, розвитку прихильності, базових структур ставлення до світу, спілкування, основних особистісних якостей і самої структури діяльності [9].

Слід зауважити, що в Україні прийнято ряд нормативно-правових документів, які захищають права, відстоюють інтереси матерів, а також надають певні пільги. Необхідна медична допомога жінкам в період вагітності, пологів та в післяпологовий період надається у всіх випадках, коли жінка звертається за такою допомогою. Оплата за надання такої допомоги законодавством України не передбачено.

З метою захисту репродуктивних прав жінок і створення умов для безпечноного материнства держава надає жінці відпустки по вагітності, пологах і догляду за дитиною. Відповідно до ст.179 Кодексу законів про працю України «на підставі медичного висновку жінкам надається оплачувана відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами тривалістю 70 календарних днів до пологів і 56 (у разі народження двох і більше дітей та у разі ускладнення пологів - 70) календарних днів після пологів, починаючи з дня пологів». Протягом цього терміну за жінкою зберігається заробітна плата в повному обсязі.

Але слід звернути увагу, що держава створює певні гарантії і надає допомогу не лише матерям. Згідно з Сімейним кодексом України «Про відпустку» з січня 2005 року українські чоловіки мають змогу виходити у відпустку по догляду за дитиною. При цьому на чоловіка поширяються ті ж права і пільги, які отримує в цьому випадку жінка, включаючи безперервність стажу і збереження за ним робочого місця. Проте, як показує практика, лише незначний відсоток чоловіків користуються цією можливістю. Як заявив Міністр у справах сім'ї, молоді та спорту Равіль Сафіуллін, в Україні тільки 2% чоловіків йдуть у соціальну відпустку по догляду за дитиною [11]. Це говорить про те, що чоловіки з самого початку обмежують себе у власних батьківських правах.

Загалом, під батьківством розуміється факт походження дитини від певного чоловіка (батька). Проте, це поняття є набагато ширшим і для того, щоб його зрозуміти слід, в першу чергу, звернути увагу на роль чоловіка у сім'ї. Але піднімаючи це питання, необхідно зважати на той факт, що очікування від поведінки чоловіків у сімейних відносинах значно змінилися в наш час, в порівнянні з минулім. Чоловіки перестали бути єдиними годувальниками і «здобувачами», у жінок з'явилось більше прав і можливостей. Саме тому в сучасному світі трансформуються уявлення, щодо ролі й місця чоловіків в сім'ї. На зміну авторитарному стилю поведінки чоловіка приходить авторитетний, що передбачає спільну відповідальність подружжя за виховання дітей, розподіл домашніх обов'язків, рівні можливості для саморозвитку і самореалізації.

Не менш важливим елементом, що впливає на виконання чоловіками своїх батьківських функцій є стереотипи щодо образу «ідеальної жінки (дружини)» та «ідеального чоловіка». Проте, неможливість реалізувати цей ідеальний образ в житті є основою конфліктів, зокрема конфліктів в сім'ї. Чоловіки намагаються реалізувати власну концепцію сучасного чоловіка, яка базується на вимогах жінок (які часто неможливо виконати, але доводиться це робити), вимогах самих чоловіків (які відповідають їх внутрішньому світovі), вимогах інших чоловіків (які часто заважають, але їх доводиться терпіти) і реалії нашого життя [6]. Як результат, ми спостерігаємо наявність кризи традиційної маскулінності.

У цьому контексті доречно говорити про кризу батьківства, яка виникла внаслідок втрати моделі доброго батька, суть якої полягає в тому, що чоловік, як батько, відсутній у виховному процесі своїх дітей. Пояснити чому виникла така тенденція можна звернувшись до історії. Радянська влада, наприклад, сформувала образ

жінки, як особи, що несе повну відповідальність за родину, дітонародження і таким чином, зробила її пануючою фігурою в сім'ї. Війна фактично зробила основою роль жінки в економіці. Декілька повоєнних поколінь українських родин вижили завдяки тому, що головну функцію збереження та захисту родини взяли на себе жінки. Свій внесок до зростання кризи маскулінності внесли також голод та репресії, що фактично позбавили сім'ю батька, знищили інститут батьківства [4]. Таким чином декілька поколінь дітей виросло у неповній сім'ї. А це, у свою чергу, призвело до того, що і хлопчики, і дівчата з дитинства не бачили моделі чоловічої поведінки в родині, не розуміли, які ж основні функції чоловіка і батька. Ці ж діти у своєму майбутньому створювали сім'ї, де жінка брала на себе усі обов'язки по догляду за дітьми, домогосподарством, сім'єю. Як результат, у суспільстві сформувалося стереотипне бачення сім'ї і функцій подружжя у ній.

Відсутність батька в родині і у вихованні своїх дітей є найбільш зростаючим негативним явищем в сучасному суспільстві. Соціологічні дослідження, проведені в США, свідчать про те, що у сім'ях, де батько відсутній у навчально-виховному процесі, у дітей збільшується ризик втечі з дому, наркологічної чи алкогольної залежності, самогубств; спостерігається девіантна поведінка та агресія [3].

Саме тому наразі важливо відновити значущість сім'ї і роль батька в ній у свідомості молоді. Доречно було б додати, що залучення та активна участя чоловіків у вихованні дітей знижує рівень ризикованої поведінки. А це також є актуальним і з тієї причини, що чоловіча смертність переважає над жіночою. Результати довготривалих шведських досліджень свідчать про те, що коли чоловіки беруть активну участю у житті та розвитку дитини, то набагато краще усвідомлюють свою відповідальність за її життя і добробут, намагаються уникати небезпечних та ризикованих ситуацій, як-от недотримання техніки безпеки на роботі, необережна поведінка за кермом, шкідливі звички, захоплення екстремальними видами спорту тощо.

Також важливого наголосити на тому, що відповідальне батьківство – це запорука гармонійного і повноцінного розвитку дитини. Лише у тій родині, де свідомо підходять до питання планування сім'ї, народження дитини, розподілу обов'язків, де чоловік і дружина поважають інтереси, права один одного (егалітарна модель сім'ї) дитина буде почувати себе комфортно. Саме в такій сім'ї створені найоптимальніші умови для розумового, фізичного і емоційного розвитку дитини. Більше того, в повній сім'ї дитина засвоює моделі поведінки як чоловіка, так і жінки, що у майбутньому набагато полегшує взаємостосунки з представниками своєї та іншої статей.

Проблема формування відповідального батьківства гостро стоїть не лише в нашій країні. Громадськість багатьох країн визнає важливість цього питання і зазначає про потребу здійснення відповідних кроків щодо його вирішення з боку держави та суспільства. Чимало європейських держав прийняли низку нормативно-правових документів, що надають певні гарантії чоловікам, які вирішили взяти соціальну відпустку. В Британії, наприклад, виплати за народження дитини сплачують тому з батьків, хто перебуває у соціальній відпустці по догляду за дитиною; у Фінляндії дві третини чоловіків потрапили до списку дбайливих батьків, у тому числі високі посадові особи; навіть у консервативній Японії законодавство «передбачає можливість річної оплачуваної відпустки по догляду за дитиною як для матері, так і для батька», проте користується цим правом менше одного відсотка чоловіків [1]; у Німеччині батькам, які беруть соціальну відпустку на рік, виплачується допомога не 12, а 14 місяців (а 3-річна відпустка можлива лише за умови поділу цього періоду навпіл між батьками дитини), уряд країни навіть проводить широкомасштабну рекламну акцію під назвою «Більше свободи батькові», до того ж у Німеччині вже прийнято новий закон, згідно з яким як жінка, так і чоловік можуть розподілити час своєї трирічної декретної відпустки як часткову зайнятість на період до 8 років, працедавець, при цьому, зобов'язаний забезпечити своїх службовців цією частковою зайнятістю. За матеріалами інтер'ю Комісара ЄС з питань праці та зайнятості В. Спідли на 2007 рік країнами-лідерками за статистикою татусів у відпустках по догляду за дитиною є Ісландія (85 %), Норвегія (80%), Швеція (75%) [5]. Але особливу увагу ми б хотіли звернути саме на політику Швеції щодо вирішення питання відповідально батьківства: після народження дитини 2 місяці соціальної відпустки по догляду за дитиною є обов'язковими як для мами, так і для тата; оплата відпустки становить 80% від зарплатні батьків. Якщо батько ділить відпустку з матір'ю протягом року навпіл – то він має право так званого тато-бонусу (3000 крон), який виплачує держава. Okрім того, характерними для Швеції є гендерні плани підприємств та гендерно-чутливе робоче середовище, а також створення дитячих кімнат на підприємствах, що дозволяє суміщати трудову діяльність батьків із вихованням дитини. Відповідальне батьківство у Швеції рекламирують відомі авторитетні люди (політики, спортсмени, діячі культури і мистецтва), які доводять, що бути батьком – це не тільки важливо, але й престижно [8].

В сучасному українському суспільстві існує багато різноманітних, часто протилежних, думок щодо перебування чоловіка у соціальній відпустці. Серед переваг соціальної відпустки по догляду за дитиною для татусів називають: матеріальне забезпечення сім'ї (у випадках, коли дружина має більший оклад), збереження кар'єри мами, безпосередня активна участя чоловіків у житті дитини, самореалізація чоловіка як батька. Противники ж стверджують наступне: тато може втратити свій статус у суспільстві; висока ймовірність того, що тато не впорається з покладеними обов'язками; відсутність часу на дозвілля.

Саме через таку розбіжність у поглядах студенткою Житомирського державного університету імені Івана Франка Грицюк Надією у 2008 році було проведено опитування з метою дослідити особливості ставлення до чоловіків, що скористалися можливістю взяти соціальну відпустку по догляду за дитиною, сучасної молоді – людей, які або вже зіштовхнулися з проблемою соціальної відпустки по догляду за дитиною, або незабаром зіштовхнуться; людей, які виховуватимуть наступні покоління українців.

В результаті дослідження було встановлено наступне:

- Жінки до ідеї перебування чоловіка у соціальній відпустці по догляду за дитиною здебільшого ставляться позитивно. Лише 5% опитаних жінок негативно оцінили запропоновану ідею. Більшість жіночої вибірки позитивно ставиться до перебування чоловіків у соціальній відпустці, але не до кінця впевнені в такій можливості в своїй сім'ї (причина сумнівів у ймовірному рішенні чоловіка). Чоловіче ставлення до ідеї є двояким. Частина чоловіків негативно ставиться до перебування чоловіків у соціальній відпустці, мотивуючи це тим, що дитину має виховувати матір. Інша частина – навпаки, не лише приймають запропоновану ідею, а й готові самі скористатися соціальною відпусткою по догляду за дитиною при сприятливих обставинах.

- Жінки серед можливих причин виходу чоловіка в соціальну відпустку по догляду за дитиною називали наступні: «Збереження кар'єри дружини» та «Прагнення до гармонійного розвитку дитини». Чоловіки в свою чергу обирали наступні причини: «Збереження матеріального добробуту родини» та «збереження кар'єри дружини», інші ж можливі причини не були обрані.

- Було встановлено наявність зв'язку між ставленням до перебування чоловіків у відпустці по догляду за дитиною та рівнем сформованості усвідомленого батьківства досліджуваних. Так чим вищий рівень сформованості усвідомлюваного батьківства, тим більш позитивно досліджувані оцінювали запропоновану ідею. Також слід зазначити, що високий рівень сформованості усвідомлюваного батьківства було зафіковано у осіб які є одруженими або мають дитину [1].

Також хотілося б звернути увагу на дослідження «Шлюбно-сімейні настанови сучасних дівчат та юнаків», що було проведено Закарпатським центром гендерної освіти і презентоване у школі відповідального батьківства, заняття якої проходили на початку грудня 2010 року. На запитання: «Чи згідні Ви з тим, що якщо чоловік робить кар'єру, то дружина повинна створювати їому для цього умови?» були отримані наступні результати:

- Переважна більшість респондентів – студенти 4-5 курсів ВНЗ Закарпатської області (76,3 %) згідні з цим твердженням.
- У той же час лише 12,8 % юнаків і 17,2 % дівчат вважають, що якщо дружина робить кар'єру, то чоловік повинен створювати її умови. Ще 37,6 % допускають таку можливість, а 22,4 % опитаних вважають, що цього робити не варто.

Як бачимо існує певна суперечність думок серед молоді. Це говорить про те, що на даний момент розвитку суспільства у молодого покоління ще не сформувалися настанови на створення сім'ї на партнерських засадах.

Результати цих та інших досліджень підтверджують нашу думку про те, що підготовка до створення сім'ї та формування у молоді культури материнства і батьківства – одне з найважливіших завдань, що стоїть перед нашим суспільством. Проте, варто зазначити, що просвітницька діяльність в нашій країні з підготовки молоді до створення сім'ї та народження дітей спрямована, в основному, на жінок. Але в наш час чоловіки бажають більше знати про роль батька, особливо під час вагітності, пологів, перших місяців життя дитини. Чоловіки гостро потребують знань із питань вагітності, пологів, харчування матері і дитини. Вони хочуть знати, як розвивається немовля, які зміни відбуваються в організмі і свідомості жінки. Все більше чоловіків усвідомлюють, що вагітність і пологи – це справа сімейна і все більше чоловіків бажають бути біля своєї дружини під час пологів. А для цього потрібна певна підготовка. Так, існують певні консультації для майбутніх батьків, але, як вже було зазначено, ці консультації, переважно, орієнтовані лише на жінок. Частіше всього, на таких консультаціях жінки вільно спілкуються з лікарями, акушерами або іншими спеціалістами, що у переважній більшості теж жінки, а чоловіки, якщо і присутні, почивають себе ніякovo і невпевнено, соромляться задати жінці-лікарю питання, які дійсно їх хвилюють.

Є ще один важливий момент: школи відповідального батьківства переважно дають інформацію про фізіологію вагітності, пологів та рекомендації щодо харчування матері і дитини. Питання ролі чоловіка, питання розвитку дитини там не розглядаються. Виходом з цієї ситуації є Тато-школи, які вже близько 20 років працюють у десяти областях України. Прикладом для них стали шведські «Тато-групи», які вже близько 20 років працюють в різних містах і містечках Швеції. Це невеликі (до 10 чоловік) групи майбутніх татусів, які на своїх заняттях обговорюють питання, що виникають у чоловіків у період очікування та після народження дитини [8]. Метою проекту Тато-шкіл є підвищення ролі батьків-чоловіків в процесі догляду та розвитку дитини раннього віку шляхом навчання батьків-чоловіків в Тато-школах та зміні застарілих стереотипів гендерної поведінки.

Як бачимо, наразі дійсно дуже важливо змінити стереотипне уявлення чоловіків і жінок про сім'ю, місце і функції кожного з подружжя у ній. І, як вже було зазначено, користь від цього отримають не лише вони, а й їх майбутні діти, суспільство загалом. Саме тому ми вбачаємо перспективу у просвітницькій діяльності серед молоді з питань формування відповідального батьківства. До інноваційних форм підготовки молодого покоління до відповідального батьківства можемо віднести соціальну рекламу, школи відповідального батьківства, Тато-школи, різноманітні просвітницькі проекти, введення відповідного курсу в навчальну програму шкіл чи університетів, соціально-інтерактивні театри, відеолекторії, виставки картин, малюнків, фото, наприклад, на тему: «Щаслива родина очима дітей» та ін.

Отже, виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок, що держава має скерувати всі свої зусилля для того, щоб наповнити новим змістом значення сім'ї в житті кожної людини. Формування відповідального батьківства – один із пріоритетних напрямків у цій роботі. Але тут важливо наголосити на тому, що соціальна політика цієї сфери має керуватися не застарілими стереотипами, а новими, більш дієвими методами,

адекватними сучасній ситуації розвитку суспільства. Як було доведено вище, традиційна модель сім'ї вже вичерпала себе. Натомість, егалітарний тип сім'ї пропонує нові методи взаємодії. Розуміння між батьками і дітьми, взаємопідтримка, можливість у самореалізації, рівний розподіл прав і обов'язків, спільна участь у вихованні дітей, баланс особистого і сімейного – все це необхідні компоненти кожної сім'ї, які створюють сімейне середовище, сприяливе для розвитку дитини, дотримання її прав, формування гармонійної особистості, міцний зв'язок батьків з дитиною, взаємоповага усіх членів сім'ї, дружні та теплі стосунки у родині.

#### Література:

1. Грицюк Н. Вплив гендерних відмінностей та рівня усвідомленого батьківства на ставлення сучасної молоді до перебування чоловіків у відпустці по догляду за дитиною / Гендерна проблематика соціокультурної сфери: Збірник наукових робіт. / За гаг. ред. О.Л. Остапчук. – Житомир, 2008. – 384 с.
2. Кравець В.П. Психофізіологічні та психо-педагогічні аспекти формування усвідомленого батьківства. – К., 2001
3. Олександр Марченко Бути батьком – це не збіг обставин, а місія життя. Це те що я роблю: Круглий стіл на тему: «Становище чоловіків в Україні» 19 лютого 2009 року – К.: «К.І.С.», 2009. – 64 с.
4. Остапчук О. Л., Котова-Олійник С. В. Відповідальне батьківство як новітня світова тенденція Тато-Школа: Як створити та забезпечити стало функціонування. Методичний посібник: Шерстюк О.М., Марценюк В.А., Мотигін В. В. - Вінниця: ФОП Данилюк В.Г., 2009. - 124с.
5. Підготовка волонтерів до реалізації ідеї гендерної рівності: Методичні рекомендації. / Авт.-упоряд. О.Л. Остапчук, Н.П. Павлик, С.В. Котова-Олійник. – Житомир, 2009. – 160 с.
6. Програмно-методичний комплекс по гендерній освіті для чоловіків (порадник бажаючим відкрити «Тато-школу») / За ред.: Олексія Хмари. – Кіровоград: ТО «Технології оптимального розвитку особистості», 2006. – 126 с.
7. Т.Злобіна Політика особистого. ¼ відповідальності замість п'єдесталу материнства. // Гендерний журнал «Я». – 2010. - №4. – С. 33-36.
8. Тато-Школа: Як створити та забезпечити стало функціонування. Методичний посібник: Шерстюк О.М., Марценюк В.А., Мотигін В. В. - Вінниця: ФОП Данилюк В.Г., 2009. - 124с.
9. Філіпова Г. Г. Психологія материнства: Навчальний посібник. – М.: Видавництво Інституту Психотерапії, 2002. – 240 С.
10. [www.podrobnosti.ua](http://www.podrobnosti.ua)
11. [http://www.utro.ua/ua/zhizn/v\\_ukraine\\_2\\_muzhchin\\_idut\\_v\\_dekretnyy\\_otpusk1291456758](http://www.utro.ua/ua/zhizn/v_ukraine_2_muzhchin_idut_v_dekretnyy_otpusk1291456758)
12. <http://winchesterpubguide.com/38-tipi-ta-fazi-rozvitku-simyi.html>

**МАТВІЙЧУК КСЕНІЯ, ФАЛЬФУШИНСЬКА АНАСТАСІЯ**

*Луцький інститут розвитку людини ВНЗ «Університет «Україна»*

#### **ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗГЛЯДУ ПИТАННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ**

Україна прийняла цілі розвитку тисячоліття і взяла на себе зобов'язання до 2015 року досягти гендерної рівності, взявшись участь у Саміті тисячоліття. Таким чином, на державному рівні визнана необхідність зміни існуючої концепції по відношенню до жінок гендерним підходом, що зумовлене обраним шляхом соціального розвитку України, де людина – і чоловік, і жінка – за Конституцією – є вільними, автономними особистостями, відповідальними за творення власного життя.

Досягнення реальної рівності можливе через інтегрування гендерних питань у державні програми і створення відповідних соціальних механізмів. В умовах виражених змін в статево-рольовій стратифікації суспільства фактор статі є важливою складовою будь-якого дослідження в сфері соціально-гуманітарних наук. Жінка та чоловік – два основних людських типи, відносини між ними необхідно розглядати як базову модель людських відносин.

З багатьох властивостей, що різнять чоловіків і жінок і впливають на їх поведінку в групі, найважливішими для соціальної роботи є ті, що пов'язані з умінням передавати інформацію, сприймати одне одного, контактувати та взаємодіяти з іншими. У сучасній психології в поглядах на проблему схожості й відмінностей викристалізувалися – еволюціоністський (підкреслює спорідненість людей) і культуральний (зосереджений на відмінностях між людьми) підходи. Еволюціоністи сповідують вчення про еволюцію поведінки: природний відбір зумовлює спосіб сприймання інформації, поведінку, які за певних умов сприяють збереженню і поширенню певних генів. Прибічники культурального підходу головною вважають адаптивність людини у взаємодії з навколошнім середовищем. Має своїх прихильників і позиція, яка обстоює необхідність використання обох підходів, стверджуючи, що гени формують адаптивний людський мозок – своєрідний комп'ютер, а культура надає цьому комп'ютеру програмне забезпечення. Під час дослідженій закоріненіх в соціумі статево-рольових характеристик особистості часто використовують поняття “гендер”.

Гендер – це складний соціокультурний конструкт, який відображає відмінності в ролях, поведінці, ментальних і емоційних характеристиках між чоловічим і жіночим. У рамках цього підходу гендер трактується як організована модель соціальних відносин між жінками і чоловіками, яка не тільки характеризує їх спілкування і взаємодію, а й визначає соціальні відносини в основних інституціях суспільства. Зміст поняття „гендер” зводиться до ідеї соціального моделювання та репрезентації статі в різних ситуаціях взаємодії.

Еволюція поняття гендер, на думку українського філософа О. Гомілка, пройшла три етапи і відбиває зміни й інтерпретації природи статі. Уперше розмежування гендеру і статі здійснено американським антропологом Маргарет Мід, яка у своїх працях підкреслила існування способів чоловічого і жіночого поводження, їх залежність від культурних традицій. Стать розглядається як біологічна характеристика людини, тоді як гендер – соціокультурна характеристика.

Другий етап розвитку поняття гендеру пов'язаний з фемінізмом першої хвилі, феміністською критикою Симони де Бовуар традиційної науки й вищої освіти. У книзі „Друга стать” авторка констатує, що бути жінкою означає не стільки належність до біологічної категорії людей, скільки причетність до певної соціопсихічної реальності – „жіночності”. У контексті моделі світосприйняття чоловіка, жінка – істота, співвіднесена з ним, але як „інше”. Така ситуація одночасно породжує як втрату нею волі, так і набуття поведінкових та культурних переваг. Симона де Бовуар заперечує образ жінки як істоти, що не відповідає загальнокультурному зразку. Дослідження були присвячені аналізу анатомічних статевих розходжень, чоловічого і жіночого способів мислення, чи мають вони місце, якщо так, то чи є уродженими чи соціально сконструйованими; соціальним відносинам між статями, як наприклад, класові чи расові, причинам змін гендерних відносин у часі; чи є гендерні розходження соціально корисними, якщо ж так, то які соціальні наслідки матиме досягнення феміністської мети „гендерної справедливості”[3,264].

Вважають, що вперше термін гендер у науковий обіг був запроваджений американським психоаналітиком Робертом Столлером, коли в 1968 р. вийшла друком його праця „Стать та гендер: про розвиток мужності та жіночності”.

На думку Р. Столлера, гендер – це поняття, що базується на психологічних та культурних поясненнях, досить незалежних від тих, що тлумачать біологічну стать. Інакше кажучи, зовсім не обов’язково безпосередньо пов’язувати буття жінки з буттям „жіночості”, а буття чоловіка – з „мужнью” поведінкою.

Такий підхід у розгляді соціальної поведінки людей згодом підтримали багато вчених-соціологів. Він дістав назву гендерного та започаткував новий напрям соціальних досліджень – гендерні дослідження.

У сучасних гендерних дослідженнях виділяють три основні напрями:

- гендер як засіб соціально-економічного аналізу;
- гендер в дослідженнях „жіночих” проблем;
- гендер як культурологічна інтерпретація соціального розвитку [2, 190].

Для аналізу гендерних підходів доцільно в загальних рисах розглянути основи теорії гендеру.

Перша з них - теорія соціального конструювання гендеру, або розуміння гендеру як соціальної конструкції. Розуміння того, що дихотомія статей змодельована і продовжує моделювання культурою, є ключовим положенням даної теорії, яке ставить під сумнів правомірність сучасного стану речей, який проголошує стать онтологічною категорією, а тим самим виправдовує і надання різних можливостей для розвитку чоловіків і жінок. З цих позицій дается визначення гендеру як "організованої моделі соціальних стосунків між чоловіками і жінками, що конструюється основними інститутами суспільства".

Виділяють два постулати такого підходу: 1) гендер конструюється шляхом соціалізації, розподілу праці, системою гендерних ролей, сім'єю, засобами масової інформації; 2) гендер формується і самими індивідами - на рівні їх свідомості (тобто гендерної ідентифікації), прийняття заданих суспільством норм і підлаштування під них (в одязі, зовнішності, манері поведінки тощо)[2, 228].

Робити гендер - означає створювати такі відмінності між хлопчиками і дівчатками, чоловіками і жінками, які не є природними, сутнісними чи біологічними. Індивід засвоює певні правила поведінки та установки, які суспільство вважає відповідними до їх гендерних ролей, у процесі соціалізації. Твердження про те, що саме суспільство формує ті чи інші стилі буття чоловіків і жінок, дуже точно виражене Сімоною де Бовуар: "Тобто, в суспільстві існують певні структури, які спонукають людей дотримуватися тих чи інших соціостатевих ролей".

Друга теорія - розуміння гендеру як мережі, структури чи процесу, тобто гендеру як стратифікаційної категорії в сукупності інших стратифікаційних категорій, розгляд гендеру в ряду таких стратифікаційних категорій, як клас, раса, вік.

Третя теорія - розуміння гендеру як культурної метафори, за якою чоловіче і жіноче на онтологічному і гносеологічному рівнях існують як елементи культурно-символічних рядів: чоловіче - раціональне, духовне, божественне, культурне; жіноче - чуттєве, тілесне, гріховне, природне. Чоловіче, чи те, що ототожнюється з ним вважається позитивним, значущим і домінуючим, а жіноче - негативним, вторинним, субордінованим. Нерідко під гендером розуміють просто проблему соціального статусу жінки чи чоловіка ("гендерних ролей"). При такому розумінні гендерна проблема виступає не як основна, а стоїть в ряду інших, більш чи менш важливих)

В англійській мові поняття гендер має два тлумачення: секс (sex) - "стать", гендер - "соціостать". Секс і гендер знаходяться на різних полюсах в житті людини. Стать є стартовою позицією, з нею людина народжується, вона

детермінована біологічними факторами: гормональним статусом, особливостями перебігу біохімічних процесів, генетичними відмінностями, анатомією. Гендер - конструкція іншого полюсу. Це своєрідний підсумок соціалізації людини в суспільстві в відповідності з її статевою приналежністю.

Як відомо, складові культури - це цінності, моральні норми, звичаї закони поведінки, що поділяються засвоюються людиною і передаються з покоління в покоління за допомогою механізму соціалізації мови чи іншого засобу комунікації. Тому сучасні вчені (Ш.Берн, І.Кон та ін.) вважають крос-культурні дослідження статі важливими саме тому, що на межі міжкультурних відмінностей з'ясовується, які риси гендера складають його біологічну характеристику, а які - культурну. Іншими словами, якщо конкретна гендерна відмінність спостерігається в культурах, які сильно відрізняються в інших аспектах, можна припустити, що у цій відмінності є й біологічна основа, а тому вона має універсалну сутність. Отже, гендер (як і статі) має й біологічне коріння [4, 287].Хоча прихильники соціального конструктивізму (А.Фіске, Н.Брем, З. Кассін та ін.) наполягають на тому, що культурні фактори впливають навіть на інтерпретацію фактів біології. Наприклад, з часів античності і до кінця VII століття культурна модель була одностатевою і єдиною статтю вважалась чоловічою, одна з форм якої мала жіночі, а друга - чоловічі анатомічні статеві органи. Тобто, "обидві" були лише двома різними формами чоловічої статі, але одна із них визнавалася більш розвиненою. Однак упродовж XVII століття утверджується погляд про наявність більш чіткої диференціації чоловіків і жінок як представників двох різних статей.

Більшість людей анатомічно відповідають чоловічій чи жіночій статі, однак картина ускладнюється при спробі вивчити їх сприйняття себе як чоловіків і жінок або як носіїв ознак маскулінності чи фемінності. Людські істоти володіють чітким внутрішнім відчуттям своєї приналежності до чоловічої чи жіночої статі або посідають проміжну крос-гендерну позицію.

Термін "гендер" увійшов у вживання під впливом "жіночих" досліджень для того, щоб підкреслити соціальну зумовленість системи статевих ролей, соціальних функцій, розуміння того, що є "чоловіче" і "жіноче", причин деяких психологічних особливостей жінок і чоловіків.

Поняття гендер використовується в соціальних науках для відображення соціокультурного аспекту статевої приналежності людини і є соціальною конструкцією системи гендерних стосунків. Гендер - це соціальна організація статевих різниць; культурологічна характеристика поведінки, що відповідає статі в даному суспільстві тепер. Гендер – це "усвідомлене значення статі, соціокультурна маніфестація факту перебування чоловіком або жінкою, освоєні характеристики, очікування й моделі поведінки" (В.Шапіро); – це "набір соціальних ролей; це – костюм, маска, гамівна сорочка, у якій чоловіки й жінки здійснюють свої нерівні танці" (Г.Лернер). Не статі, але гендер обумовлює психологічні якості, здатності, види діяльності, професії й заняття чоловіків і жінок через систему виховання, традиції й звичаї, правові й етичні норми.

Розходження між чоловічим і жіночим розкривається за допомогою гендерних характеристик. До них відносяться маскуліність, фемініність і андрогіність. Маскуліність і фемініність (від лат. *masculinus* – чоловічий і *femininus* – жіночий) – нормативні уявлення про соматичні, психічні й поведінкові властивості, характерні для чоловіків і жінок [5, 250]. При характеристиці маскулінності-фемінності, що дається в англомовній літературі, чітко проглядається тенденція пов'язувати маскуліність з діяльністю, а фемініність – зі спілкуванням. Відзначається, що висока фемініність у жінок і висока маскуліність у чоловіків зовсім не є гарантією психічного благополуччя. Багато дослідників дотримуються думки, що цілісну особистість характеризує не маскуліність або фемініність, а андрогінія, тобто інтеграція жіночого емоційно-експресивного стилю з чоловічим інструментальним стилем діяльності, воля тілесних експресій і переваг від жорсткого диктату статевих ролей. Андрогінія розуміється як еманципація обох статей, а не як боротьба жінок за рівність у маскуліно-орієнтованому суспільстві. Хоча творцем теорії андрогінності вважається Сандра Бем, у неї були попередники, у тому числі й такий авторитетний, як Карл Юнг.

К. Юнг бачив в ідеї єдності двох протилежностей – чоловічий і жіночий – образ архетипічний. Втілення жіночого початку в чоловічому несвідомому (аніма) і чоловічого в жіночому (анімус), тобто психологічну бісексуальність він розглядав як самі значні архетипи, як регулятори поводження, що проявляють себе найбільше типово в деяких снах і фантазіях або в іrrаціональноті чоловічого почуття й жіночого міркування.

Як анімус, так і аніма перебувають, за К. Юнгом, між індивідуальною свідомістю й колективним несвідомим. Анімус виражається в спонтанних, ненавмисних поглядах, що впливають на емоційне життя жінки. Аніма є подібним поєднанням відчуттів, які впливають на світорозуміння чоловіків, будучи спрямованим на несвідоме й двозначне в жінці, а також убік її марнославства, холодності й безпорадності. Архетип "аніма-анімус", за К. Юнгом, складається з витиснутих, непрояктивих рис особистості, що містять у собі величезні можливості й енергію для більш повної реалізації потенціалу особистості. Залишаючись у несвідомому, аніма й анімус є багато в чому небезпечними. Усвідомлення ж чоловіком своєї внутрішньої жіночності (аніми), а жінкою – мужності (анімусу), приведе до відкриття й інтеграції широї сутності, що є показником особистісного росту [1,24].

З гендером пов'язані соціально-психологічні, культурні, поведінкові відмінності між чоловіками й жінками.

Уже в дитячому віці простежуються намагання дітей зовні демонструвати свою належність до певної статі: хлопчики прагнуть до незалежності – вони стверджують свою індивідуальність, намагаючись відділитися від вихователя, як правило, від матері; для дівчаток більш прийнятною є взаємозалежність – вони набувають власної індивідуальності у своїх соціальних звязках.

Навіть тоді, коли чоловіки й жінки посідають однакові посади та відіграють однакову роль у групі, вони часто мають різні обов'язки і завдання. Хоча жінкам властива охайність, уважність, деталізація обов'язків, під їхнім керівництвом згодні працювати менше людей. Жінки хворобливіше, ніж чоловіки, переживають свої помилки, критичні зауваження, гостріше реагують на неповагу до себе керівництва, постійно потребують оцінки своєї праці, менш склонні до ризику. Чоловіки активно виконують абстрактну, престижну роботу (постановка завдань, програмування основних процесів тощо), менш значущу, на їх погляд (написання програм та ін.), перекладають на жінок тощо. Постіндустріальне суспільство розширяє горизонти інтересів обох статей, підвищує значущість кар'єри, що переорієтовує жінок у професійну сферу, а чоловіків — до утвердження себе в обох сферах діяльності. Попри все те, чоловічий стиль життя більшою мірою буває предметно-інструментальним, а жіночий — емоційно-експресивним, більшість чоловіків перевагу надають професійно-трудовій діяльності, жінки — сім'ї.

Гендерна рівність - рівна оцінка суспільством подібності між жінками і чоловіками, різних соціальних ролей, які вони виконують; це рівне соціальне становище жінок і чоловіків, яке створюється за допомогою надання їм рівних умов для реалізації прав і творчого потенціалу особистості, здійснення спеціальних заходів для компенсації історичних і соціальних упущенень, що заважають статям займати рівні позиції. Рівність статейне означає їх уподібнення один одному чи ідентичність, так само як і те, що ця рівність не повинна встановлювати в якості норми такі умови і спосіб життя, які властиві одній статі. Принцип рівності включає в себе і право на відмінності, яке передбачає обов'язковість врахування характерних для жінок і чоловіків відмінних рис, пов'язаних з належністю до того чи іншого соціального класу, політичними поглядами, релігією, етнічною належністю, расою чи сексуальною орієнтацією. Положення про соціальне рівноправ'я чоловіків і жінок не повинно ігнорувати факти наявних біологічних і психологічних відмінностей і заперечувати доцільність їх врахування у розподілі ролей у суспільному й професійному житті суспільства.

Отже, проведення досліджень, що стосуються гендерних питань, їх сучасний рівень розвитку у світі і в Україні дозволяє говорити про гендерний підхід як про особливий теоретичний напрям у соціальних науках, який орієнтований на формування і ствердження політики рівних, незалежних від статі можливостей самореалізації людини в різних сферах соціальної політики. Гендерний підхід дає реальний шанс оцінити наслідки існуючої парадигми соціально-економічного розвитку суспільства і змінити на краще систему соціальної диференціації і нерівності за ознаками статі в процесі переходу до сталого розвитку. Мова йде про використання знань і талантів кожного громадянина і досягнення того, щоб жінки тією ж мірою, що і чоловіки брали участь у розбудові нашого суспільства. Щоб розвиватися, суспільству необхідно використовувати інтелектуальні ресурси як жінок, так і чоловіків.

Творення нового суспільства на принципах справедливості можливе за виваженого підходу до ролі особистостей жінки та чоловіка як рівних у правах, свободах, обов'язках. Саме на таких принципах формується сучасна гендерна політика щодо забезпечення прав, створення умов і можливостей для життедіяльності жінок нарівні з чоловіками, самоствердження та самореалізації, а також виявлення особистісних сил людини обох статей.

#### Література:

- Барц Э. Игра в глубокое: Введение в юнгианскую психодраму: Пер. с нем. - М.: Независ. фирма "Класс", 1997. - 144 с.
- Берн Ш. Гендерная психология. - СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. - 320 с.
- Вейнингер О. Пол и характер: Принципиальное исследование: Пер. с нем. - М.: Терра, 1992. - 480 с.
- Кон И. С. Социология личности. - М.: Политиздат, 1967. - 383 с.
- Психология личности: Словарь-справочник / Под ред. П. П. Горностая и Т. М. Титаренко. - К.: Рута, 2001. - 320 с.

**МОРОЗ МАРІЯ**

Житомирський державний університет ім. І. Франка

### **ГРА ЯК ЧИННИК ГЕНДЕРНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧНІВ МОЛОДШИХ КЛАСІВ**

Особливої актуальності в умовах розбудови громадянського суспільства, вибору власної лінії поведінки набувають проблеми гендерного розвитку особистості. Саме в культурі суспільства формується концепція чоловічої і жіночої психології. Особливості формування гендерної ідентифікації та соціалізації є досить актуальним та важливим питанням в контексті вивчення проблем самоідентифікації та становлення особистості. Проблема гендерної соціалізації – це міждисциплінарна проблема, яка охоплює широке коло питань.

У процесі виховання індивід вчиться виконувати статеву роль згідно зі стандартизованими уявленнями про “чоловіче” і “жіноче”, що гальмує або спотворює розвиток особистості, перешкоджає її самореалізації, оскільки не відповідає сучасному розвитку продуктивних сил, міжстатевому розподілу на ринку праці. З іншого боку, невизначеність процесу соціалізації, цінності, норми, очікування, які часто суперечать одне одному та продукуються ЗМІ, школою, сім'єю, усілякими організаціями, ускладнюють процес засвоєння чоловічих і жіночих ролей.

Соціально-психологічні та культурні відмінності між чоловіками і жінками відображає поняття “гендер” (gender) — соціокультурна стать, біологічні відмінності — “стать” (sex). Двоєкое розуміння статі вимагає розвитку гендерних уявлень у суспільній свідомості, розуміння ролі психолого-педагогічних дисциплін у наповненні освітнього простору інформацією про гендер.

Методологічні проблеми гендерної соціалізації дошкільників і молодших школярів різної статі досліджували вчені: В. Абраменкова, А. Палій, О. Прозументик, Н. Радіна; взаємодію педагогів з хлопцями і дівчатами підліткового віку — О. Антипова; виховання культури міжстатевих відносин — В. Коршунов, І. Мезеря.

У працях відомих учених ХХ ст. Л.С. Виготського, О.М. Леонтьєва, С.Л. Рубінштейна, Д.Б. Ельконіна, В.В. Зіньківського, О.В. Запорожця та ін. розроблено теоретичні засади історичного походження гри, її соціальної сутності та психологічного механізму.

Положення про гру як метод навчання і виховання учнів, виняткову її цінність для дитини і необхідність цілеспрямованого використання в школі знаходимо в працях таких видатних педагогів, як К.Д. Ушинський, П.Ф. Каптеров, П.П. Блонський, М.І. Демков, А.С. Макаренко, В.О. Сухомлинський та інші.

Неконтрольовано є величезна кількість інформації, яка надходить через Інтернет, ЗМІ, тому батьки і педагоги перестали бути основним “джерелом знань”, що ускладнює виховання хлопчиків і дівчаток. Процес формування особистості певної статі здійснюється внаслідок інтеріоризації суспільного досвіду в свідомості й поведінці, що відбувається на тлі змін у традиційній системі статової стратифікації, з огляду на що особливої уваги заслуговує процес соціалізації дітей різної статі.

Проблеми гендерного виховання хвилюють сьогодні велику кількість дослідників і педагогів. Інтерес обумовлений тим, що сучасні вимоги індивідуального підходу до формування особи не можуть ігнорувати гендерні особливості дитини, оскільки це біосоціокультурні характеристики. Сучасні пріоритети у вихованні хлопчиків і дівчаток полягають не в закріпленні жорстких стандартів маскулінності і фемінності, а у вивчені потенціалу партнерських взаємин між хлопчиками і дівчатками, вихованні людського в жінці і чоловіку, широті, взаєморозумінні.

У найширшому розумінні гендер можна визначити так: гендер — це змодельована суспільством та підтримувана соціальними інститутами система цінностей, норм і характеристик чоловічої та жіночої поведінки, стилю життя та способу мислення, ролей та відносин жінок і чоловіків, набутих ними як особистостями в процесі соціалізації, що насамперед визначається соціальним, політичним, економічним і культурним компонентами буття й фіксує уявлення про жінку та чоловіка залежно від їх статі.

У перекладі з англійської мови гендер буквально означає граматичний рід — чоловічий, жіночий, середній. Надалі це поняття почало означати соціо — статеві характеристики статі, на відміну від власне біологічних (гентико — морфологічних, анатомічних, фізіологічних), - із властивими її характеристиками способу життя, поведінки, намірів і прагнень тощо. Гендер стосується не тільки чоловіків та жінок як окремих індивідів, а й характеризує відносини поміж ними як соціально — демографічними групами та гендерні відносини в цілому — те, як реалізується соціальні ролі жінок і чоловіків, дівчаток та хлопчиків, як вони соціально вибудовуються [6].

Гендерні уявлення особистості формуються під впливом гендерних стереотипів - набору загальноприйнятих норм і суджень, що стосуються існуючого в суспільстві становища чоловіків і жінок, норм їхньої поведінки, мотивів і потреб. Гендерні стереотипи закріплюють існуючі гендерні розбіжності і стають завадою до змін у сфері гендерних відносин [7].

Освоєння соціального буття жінок і чоловіків передбачає засвоєння й дотримання протягом всього життя соціальних норм, цінностей та гендерних ролей, правил поведінки, форм діяльності, відповідно до соціальних потреб та інтересів, становища і статусу, детермінованих рівнем матеріальної і духовної культури в суспільстві.

Гендерна соціалізація як входження в соціальне середовище є процес засвоєння інформації по гендерне оточення, накопичений людський досвід, наслідування способу життя жінки і чоловіка передніх поколінь і відтворення його в особистісних формах самовираження [6].

Ми набуваємо своєї гендерної ідентичності шляхом соціалізації. В першу чергу, саме перед суспільством постає завдання забезпечити, щоб чоловіки чинили «по-чоловічому», а жінки щоб засвоїли жіночі манери поведінки. «Наша ідентичність є фіксованою, усталеною і відтепер внутрішньо притаманною нашій особистості. Ми не можемо перестати бути чоловіком чи жінкою, так само, як і перестати бути людиною - річ неможлива» [2].

Засвоєння гендерних норм відбувається у вигляді гендерно-рольової соціалізації або диференційної соціалізації через навчання певним поведінковим моделям, притаманним даному суспільству.

Гендерна соціалізація дитини починається від народження, коли батьки та інші дорослі, визначивши паспортну стать малюка, починають навчати його гендерні ролі хлопчика чи дівчинки. Основними аспектами соціалізації, на думку Г. Андреєвої, є: присвоєння (процес засвоєння соціального досвіду, тобто вплив середовища на індивіда) та опредмечування (процес відтворення соціального досвіду, тобто вплив людини на середовище). У рамках гендерної соціалізації під присвоєнням ми розуміємо те, що змалку дитина засвоєє, що означає бути хлопчиком чи дівчинкою, чоловіком чи жінкою.

Процес гендерної соціалізації є достатньо тривалим, але найбільший відбиток він залишає на початкових етапах залучення до нього. Виходячи за межі лише своєї первинної соціалізаційної групи - родини, дитина

набуває нових суспільних зв'язків чи то з однолітками, чи зі шкільним (або іншим виховним) середовищем. Тобто спочатку її навчають, як себе поводити так, щоб усі напевно могли сказати, що ти хлопчик або дівчинка. А потім вона застосовує на практиці свої знання, демонструючи відповідні маскулінні / фемінні моделі поведінки [5].

Слід зауважити, що діти протягом соціалізації є залученими до різних «ігрових світів». «Хлопчики граються, аби домогтися домінування; дівчатка граються задля можливості добре провести час». Вивчаючи «ігрові світи» хлопчиків і дівчаток, дослідники зробили такі висновки: «хлопчачі групи є більшими, дівчачі групи - меншими («приятелі» проти «найкращих друзів»); хлопці частіше граються на публіці, дівчата - в більш приватних місцях; хлопці підтримують ієрархічні відносини під час гри, дівчатка організовують радше партнерські утворення». До того ж, гомосоціальність, тобто орієнтація на спілкування винятково чи переважно з особами своєї статі, радше притаманна чоловікам, ніж жінкам.

Результатом диференційованої соціалізації стають певні відмінності, притаманні чоловікам і жінкам. Ось деякі з них, найбільшою мірою вивчені соціологами. По-перше, це рівень емпатії - емоційної чутливості до переживань інших людей. Причиною цього є знову ж таки соціалізація, яка у чоловіків розвинула здібність пригнічувати емпатичну чутливість. У жінок, навпаки, іграшки, зокрема ляльки, активно розвивають емпатичну експресію. Крім того, чоловіки часто перебувають у ситуаціях, що вимагають від них проявів сили, незалежності, прагнення до суперництва - якостей, які не корелюють з емпатичною чутливістю. Адже не слід забувати, що «компетентність і володіння собою — важливі характеристики чоловічої ролі». При цьому, як засвідчують дослідження, «статеві розрізнення в емоційності, в цілому, більш помітні у підлітків і дорослих, ніж у дітей».

Чоловіки та жінки надають оточенню допомогу різного типу. Зокрема, для жінок є характерною “турботлива допомога” - турбота про особистісні й емоційні потреби інших. Натомість чоловікам притаманна «кавалерська допомога» (наприклад допомога жінці піднести важку валізу). Крім того, чоловіки проявляють більш “героїчні” види допомоги, різноманітні незвичні та ризиковані дії.

У разі прояву агресії теж маємо певні гендерні особливості. У той час, коли хлопчики частіше використовують пряму фізичну агресію, дівчатка “надають перевагу непрямим формам агресії (пліткам)”.

Усі ці приклади ще раз переконують у тому, що диференційована соціалізація, безперечно, не може не позначатися на поведінці та психіці хлопчиків і дівчаток. Гендерне навчання сміливо можна вважати “найбільш довготривалим аспектом соціалізаційного процесу”. Ми навчаемося протягом усього життя того, що потрібно робити, говорити, одягати, як поводити себе, аби в суспільстві нас вважали особами певної статі [5].

Ш.М.Берн вказує, що хлопчики і дівчатка апріорі мають різну уроджену схильність, завдяки чому і починають з часом віддавати перевагу різним іграшкам, а дії батьків - це не більш ніж реакція на ці “природні” відмінності. Але все ж таки, серед іграшок, котрі діти просять у подарунок, більшість типових для їх гендеру, та дослідники вважають, що ці переваги формуються соціальним оточенням в ранньому дитинстві [3].

Існують всі підстави вважати, що в процесі диференційної соціалізації дуже велика роль дитячих ігор. Згідно з проведених досліджень, іграшки та ігри допомагають дівчатам практикуватись в тій діяльності, яка стосується підготовки до материнства та ведення домашнього господарства, розвивають вміння спілкування та навички співпраці. Іграшки у хлопців збуджують до винахідництва, перетворення навколошнього світу, допомагають розвинути навички, які пізніше стануть основою просторових і математичних здібностей, заохочують незалежну, суперницьку та лідерську поведінку. Багато іграшок конкретно призначенні або для хлопчиків, або для дівчаток, навіть упаковка деяких іграшок призначена для конкретної статі.

Існує думка, що технічні іграшки цікаві лише хлопчикам. Завдання батьків - дати знання про техніку як хлопчикам, так і дівчаткам. Багато що тут залежить від теми іграшки, того інтересу, який вона може викликати свою дією, несподіваним результатом. Скажімо, пральна машина, швейна машина, в'язальний іграшковий верстат, пилосос та інша побутова техніка цікаві дітям незалежно від статі. Дослідження вчених засвідчили, що хлопчики 2,5-3 років грають з побутовими іграшками з таким самим задоволенням, як і дівчатка: працюють праскою, перуть у ванночці тощо. Ні, це не деградація чоловічого начала в дитині, а форма відображення щасливого побуту сім'ї, де між подружжям існує гармонія кохання і взаємозамінність. Айдл, Вуд і Десмаре (1993) вказували, що батьки в дитячих центрах брали для гри зі своїми дітьми “жіночі” іграшки. Okрім того, батьки частіше грали з “дівчачими” іграшками зі своїми дочками. Бажання батьків допомагати дівчаткам виробляло у дівчаток відчуття сильної залежності (Гір, Шільд, 1996).

Проблема гендерної соціалізації є актуальною сьогодні. Важливим є те, що процес формування гендерної соціалізації залежить від впливу на нього соціальних агентів, таких як сім'я та позасімейні чинники: школа, засоби масової інформації, література, іграшки та однолітки.

Отже, гендерна соціалізація індивіда відбувається протягом усього життя, в процесі якої особистість засвоює моделі гендерної поведінки, які є позитивними для чоловічої та жіночої статі, і починає демонструвати чоловічу, жіночу або кросгендерну позицію. Зріла гендерна ідентичність виявляється в адаптованості особистості до трансформацій, які відбуваються в сучасному суспільстві, зокрема у гендерних ролях. Соціальний прогрес, демократизація стосунків між статями, трансформація культури супроводжуються загальною тенденцією до змін у процесах ідентифікації і соціалізації особистості, у тому числі й гендерної.

## Література:

1. Галустян Ю. М., Новицька В. П. Деякі аспекти гендерної ідентифікації та соціалізації особистості // Український соціум. - 2004. - № 1 (3). - С.7-13
2. Кіммел Майкя С. Гендероване суспільство / Пер. з англ.- К.: Сфера, 2003- С. 154 - 155.
3. Кравець В. П. Гендерна педагогіка. Навч. посібник. – Тернопіль: Джура, 2003. – 416 с.
4. Малес Л.В. Біологічні, психологічні та соціакультурні чинники конструювання гендеру // Основи теорії гендеру. Навчальний посібник. – К.: "К.І.С.", 2004. - С. 109-131.
5. Марценюк Т. О. Гендерна соціалізація як процес формування маскулінних та фемінінних ознак гендерної ідентичності. Режим доступу до ресурсу - [http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc\_gum/naukma/Soc/2004\_32/05\_martsenyuk\_to.pdf].
6. Мельник Т., Кобелянська Л. 50/50: Сучасне гендерне мислення: Словник. – К.: К.І.С., 2005. – С. 211.
7. Цокур О., Іванова І. Гендерна соціалізація особистості. Режим доступу до ресурсу - [/http://osvita.ua/school/upbring/1660].

ПОКОТИЛО ЮЛІЯ

Житомирський державний університет ім. І. Франка

### **ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ ГЕНДЕРНОЇ ПРОСВІТИ**

Гендерна дискримінація жінок і чоловіків в Україні залишила на початку третього тисячоліття нашій країні низку проблем: демографічну кризу, зменшення тривалості життя (особливо чоловіків), торгівлю людьми, насильство в сім'ї та насильство в суспільстві взагалі, гендерний дисбаланс в сільській місцевості за рахунок активного відпливу жінок з села (так званий «мовчазний жіночий бунт» внаслідок потрійного тягаря на плечах сільських жінок, тривалість робочого дня яких становить 16 годин) та інші. Всі ці проблеми тільки загострюються і потребують невідкладного вирішення. Тому наша держава у 2005 році прийняла закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків».

Стан політики гендерної інтеграції та рівень гендерної культури громадян певної держави є ознакою її цивілізованості. Значну роль у формуванні гендерної культури відіграє гендерна просвіта. Гендерна просвіта – це діяльність, пов’язана із популяризацією гендерних досліджень стосовно причин і механізмів відтворення соціокультурної нерівності жінок і чоловіків у суспільстві, поширенням ідей гендерної рівності і гендерних знань як сучасної гуманітарної теорії серед різних прошарків населення [4].

Зусиллями активних представників та представниць нашої держави значного поширення набули різні форми просвітницької діяльності з питань гендерного розвитку: семінари; конференції; круглі столи; уроки гендерної рівності; конкурси науково-дослідницьких робіт із гендерної тематики; конкурси творчих робіт (малюнків, виробів); ярмарки гендерних проектів; тренінги, що спрямовані як на формування гендерної самосвідомості, так і на уміння впроваджувати гендерний компонент у різні сфери суспільного життя (друге переважно стосується навчання різних категорій державних службовців); вистави інтерактивних театрів, у яких висвітлені суперечності гендерного розвитку; прес-конференції; громадські слухання; гендерно-тематичні відеолекторії; бібліографічні огляди та тематичні виставки; культурно-мистецькі акції, що мають на меті поширення гендерних знань та запобігання гендерному насильству тощо.

Метою нашої статті є аналіз сучасних тенденцій розвитку гендерної просвіти України, узагальнення досвіду та систематизація форм просвітницької діяльності з гендерної тематики.

Гендерна просвіта в нашій країні не має довгоІї історії, проте кожного року можемо спостерігати появу нових цікавих форм з популяризації ідеї гендерної рівності, які можна віднести до інноваційних. Насамперед, хотілося б звернути увагу на гендерне спортивне орієнтування та гендерний туризм, які проводяться на Закарпатті; гендерний інтерактивний театр та форум-театр; гендерно-тематичні відеолекторії; творчі конкурси на гендерну тематику (гендер в малюнках, фотоконкурси); гендерний геокешинг; ярмарки гендерних проектів; гендерний музей; культурно-мистецькі акції; масові інформаційні кампанії; школи гендерної рівності, відповідального батьківства, підготовки молоді до шлюбу, тато-школи.

Але, перш ніж давати характеристику інноваційним формам, вважаємо за доцільне розглянути всі вище зазначені.

Отже, семінар – форма групових занять із якого-небудь предмета або теми студентів вищих навчальних закладів, учнів школи, інших вікових категорій, що відбувається під керівництвом викладача. В даному випадку – це групове заняття, яке наповнене гендерним компонентом і проводиться під керівництвом експерта з гендерних питань. Ці семінари проводяться з метою ознайомлення різних категорій населення з гендерними проблемами та спрямовані на початкову гендерну просвіту.

Конференція, як форма організації навчально-виховного процесу, передбачає присутність в одній аудиторії осіб, які об’єднані однією метою – вирішення певної теоретичної чи практичної проблеми. Зазвичай метою конференції є поглиблення, зміцнення та розширення діапазону знань присутніх; формування позитивного

ствалення до самостійного набуття ними знань; розвиток і саморозвиток творчих здібностей, їх активності; створення передумов самовиховання, самовдосконалення, самовизначення. В нашому випадку – це набуття знань з гендерної тематики, формування позитивного ставлення до гендерних стереотипів, створення передумов самостійного розширення власного кругозору з вище зазначених тем.

Круглий стіл – форма публічного обговорення тих чи інших питань, якій притаманні певний порядок і черговість висловлювань його учасників, а також рівні права і позиції всіх присутніх. Вони проводяться з метою розв'язання певних гендерних проблем, де беруть участь фахівці з гендерних питань та зацікавлені особи в даних питаннях.

Зауважимо, що в школах України з 2010 року почали впроваджувати уроки гендерної рівності. Міносвіти і науки спільно з Програмою рівних можливостей та прав жінок в Україні оголосили Всеукраїнський конкурс уроків з гендерної рівності. Основними завданнями конкурсу є:

- привернення уваги місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, громадськості до проблем гендерної рівності;

- сприяння інноваційній діяльності в системі загальної середньої освіти;

- удосконалення фахової майстерності вчителів, стимулювання творчого самовдосконалення педагогів;

- популяризація педагогічного досвіду пов'язаного з впровадженням гендерних підходів в освіту [2].

Конкурс проводився з предметів інваріантної та варіативної частин навчальних планів для 5 – 11 класів загальноосвітніх навчальних закладів. Із матеріалів, надісланих на конкурс формується каталог педагогічної майстерності. Розробки уроків та позакласних заходів друкуються у фахових виданнях Міністерства освіти і науки та Програми рівних можливостей та прав жінок України.

З метою підтримки і стимулювання студентської молоді у здійсненні гендерних досліджень проводяться конкурси науково-дослідницьких робіт на гендерну тематику.

Ще однією формою гендерної просвіти є тренінг. Тренінг – це запланований процес модифікації (зміни) відношення, знання чи поведінкових навичок того, хто навчається, через набуття навчального досвіду з тим, щоб досягти ефективного виконання в одному виді діяльності або в певній галузі. Зазвичай тренінги проводять з метою озброєння учасників та учасниць певними знаннями та практичними вміннями. Дана форма широко використовується в школах гендерної рівності і здійснює досить вагомий вплив на волонтерів та волонтерок цих шкіл.

Прес-конференція – це вихід з офіційною заявою безпосередньо до журналістів з метою озвучити її перед ними, поспілкуватися та дати відповіді на запитання. Тривалість – близько 1 години. Данна форма дає можливість обговорення певної проблеми та донесення результатів цього обговорення до народу. Це дає змогу донести гендерні проблеми до широких верств населення за допомогою ЗМІ.

Громадські слухання здійснюються шляхом скликання загальних зборів зацікавлених осіб за місцем проживання. Наприклад, на початку 2007 року у місті Новограді-Волинському Житомирської області було проведено громадські слухання із запобігання домашньому насильству на місцевому рівні.

Гендерний інтерактивний театр – інноваційна інтерактивна методика спілкування, що поєднує сценічне мистецтва та соціальної послуги. Активно використовуються візуальні форми подання інформації, які спонукають до роздумів та активних дій.

В Україні такий театр вперше був створений у 2002 році в м. Києві, на базі Школи Рівних Можливостей. Сьогодні театр є серцем Школи Рівних Можливостей, в його репертуарі більше десяти діючих вистав, в яких задіяні близько сотні молодих людей. Вистави за участю підлітків та молоді найкраще сприймаються саме дитячою та молодіжною аудиторією, привертаючи їхню увагу до негативних явищ, притаманних нашому суспільству, та спонукаючи замислитися над проблемами сучасного суспільства.

Велика кількість людей має можливість побачити вистави інтерактивного театру, адже дійства проводяться на вулицях, під час акцій, у маленьких та великих залах, при цьому охоплюючи просвітницькою роботою кількасот людей одночасно.

Вистави театру присвячені різним соціальним проблемам. Це гендерна вистава «Він і Вона» (розподіл обов'язків залежно від гендерних ролей, розкриття гендерних стереотипів); агітаційне дійство «Мовчати не треба!» (заклик до тих, хто страждає від гендерного насильства); театр пантомімі «Замість вирію...» (вистава про сучасних людоловів – торгівців людьми, в тенета яких потрапляють необачні «птахи й пташенята» в пошуках земного раю) та ін. [10].

Варто зазначити, що у 2007 році на базі ЖДУ ім. Івана Франка був створений Соціально-інтерактивний театр життя, який має на меті просвітницько-профілактичну роботу серед молоді. Важливим є той факт, що в його репертуарі є також вистави, які містять гендерні аспекти. Наприклад, це вистава «Яблуко», що створена на актуальну проблему сьогодення – торгівля людьми.

Форум-театр – це дуже незвичний вид театру та одна з найефективніших форм соціальної роботи. Кожна його вистава є унікальна, тому що в ній беруть участь усі присутні! У ході вистави спочатку акторська група розігрує проблемну ситуацію з реального життя, а потім усі бажаючі мають змогу «прожити» цю ситуацію,

пропускаючи її крізь себе, ставлячи себе на місце головної діючої особи та намагаючись змінити ситуацію на краще.

Темами вистав форум-театру можуть бути найрізноманітніші проблеми суспільства, проте головною темою є ситуація пригнічення та насильства в його різноманітних проявах, тому форум-театр називається «Театром пригнічених». Пригнічені – це ті люди або групи, які в певному аспекті – статевому, расовому, національному, соціальному, культурному, політичному, економічному, сексуальному чи в чомусь іншому позбавлені свого права на діалог і повагу до себе, на участь в людському суспільстві на рівноправних засадах тощо. Звісно, саме проблеми гендерної дискримінації і гендерного насильства досить широко представлені серед вистав форум-театру.

Включаючи всіх присутніх до діалогу, цей незвичний театр свою мету вбачає в розвитку істотних прав людини, в тому числі права людини на захист від гендерної дискримінації та насильства [11].

Інноваційними також можна назвати ярмарки гендерних проектів. Варто зазначити, що 2-3 жовтня 2008 р. Харківський обласний гендерний ресурсний центр за підтримки Програми рівних можливостей ПРООН у партнерстві з Харківською обласною адміністрацією проводив Всеукраїнську виставку-ярмарок гендерних ідей та проектів.

В рамках ярмарки відбулися засідання круглих столів, презентації кращих практик, видано їхній каталог і створено електронний збірник видань гендерних центрів і громадських організацій на гендерну тематику.

У 2009 році Житомирщина теж мала таку ініціативу – «Ярмарок гендерних інновацій Житомирської області». Основними завданнями були: виявлення та підтримка кращих гендерних практик; об'єднання зусиль у поширенні ідеї гендерної рівності на теренах області; налагодження контактів для подальшої реалізації гендерних проектів; підвищення рівня гендерної культури громади Житомирщини.

Гендерно-тематичні відеолекторії - інноваційна форма поширення гендерних знань, ознаками якої є наочність, дискусійність, інтерактивність. Учасники/учасниці відеоклубу мають можливість не лише переглянути відеоматеріали про гендерні аспекти буття, але й взяти участь у тематичних дискусіях. До участі у обговоренні залучаються фахівці (експерти) з гендерних питань.

Гендерний Музей перший, і поки що єдиний в Україні, музей історії жіноцтва, історії жіночого та гендерного руху – це музей, метою інформаційно-просвітницької діяльності якого є привернення уваги широких кіл громадськості до жіночої та гендерної проблематики; сприяння укріпленню культурних зв'язків між Україною та іншими країнами, консолідації міжнародного жіночого руху [5]. На сайті <http://gender.at.ua> висвітлені різні гендерні проблеми, які стосуються всього нашого суспільства.

Культурно-мистецькі акції дають змогу залучити до розгляду гендерних питань різні категорії соціуму.

В результаті обміну досвідом Центру гендерної освіти Житомирського державного університету імені Івана Франка із Закарпатським обласним центром гендерної освіти, що діє при Ужгородському національному університеті (ідея даного фотоконкурсу належить його керівництву), було проведено Житомирський обласний конкурс «Оголошуємо тендер на гендер». Він був присвячений поширенню ідеї гендерної рівності та протидії гендерному насильству. В ньому могла приймати участь студентська та учнівська молодь Житомирщини. Цікавим є те, що тут взяли участь учні та студенти п'ятнадцяти районів області. Таким чином, даний конкурс дав змогу об'єднати бачення молоді стосовно гендерної проблематики на регіональному рівні.

Варто також відмітити акцію, яка проходила напередодні 8 березня (2009 рік) в місті Чернівцях «Свято конячки Марти». Її організували кілька жінок-депутатів Чернівецької обласної ради, активісти громадських об'єднань, які виступають за гендерну рівність, за підтримки Чернівецької облради, Управління у справах сім'ї, молоді та спорту Чернівецької облдержадміністрації. На Соборну площа було виведено гужеву підводу, запряжену двома кіньми, на одній з яких містився напис «Конячка Марта». На підводі жінки розмістили мішки з надутими кульками, а на самих мішках було написано: «Низька зарплата», «Високий рівень безробіття», «Кухня», «Недолуге законодавство», «Високі тарифи», «Рівний розподіл домашньої роботи» тощо. Під час акції жінки випустили в небо ці кульки з надією, що зменшиться щоденне навантаження на жінок або чоловіки звернуть на них увагу [9].

Не можна також залишити поза увагою проект «Гендер в малюнках», який реалізовувався Харківською жіночою організацією «Крон» у 2007 р. за підтримки Фонду ім. Генріха Бойля. Основна мета проекту – мовою соціального плакату уточнити ідеї гендерної рівності.

А ще, з 2007 року українські школярі беруть участь у Міжнародному конкурсі малюнку для дітей віком від 8 до 10 років на тему гендерної рівності, який було оголошено Європейською Комісією. Участь дітей в цьому конкурсі стала свідченням їх творчого таланту та розуміння того, що чоловіки і жінки можуть бути рівними у всіх сферах життя. При чому три роки поспіль цей конкурс виграють українські діти (дев'ятирічна Ярослава Нуднова з міста Харкова (2007р.), дев'ятирічний Юрій Бабійчук з міста Ірпінь(2008р.) та десятирічна Дарина Шит з міста Тальне Черкаської області (2009р.)).

Масові інформаційні кампанії та заходи на гендерну тематику часто проводяться у межах «16 днів протидії гендерному насильству», але це не накладає жодних обмежень на організацію тематичних акцій в інші дні.

Кампанія «16 днів протидії насильству» має на меті утвердження гендерної рівності, попередження гендерного насильства та насильства в сім'ї, протидію торгівлі людьми. Завдання – привернути увагу

громадськості до актуальної для українського суспільства проблеми подолання насильства в сім'ї; активізувати партнерський рух громадських організацій та державних органів щодо попередження насильства та захисту прав жінок в Україні та у світі; сприяти утвердженню ненасильницької ідеології в суспільстві [7].

Не будемо занурюватися далеко в історію, а наведемо приклади нещодавно проведених акцій. Це – «Стоп насильству!», «Стоп сексизм!» та «Я проти насильства!».

У 2008 році проводилася акція «Стоп насильству!», ініційована Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з рядом громадських та міжнародних організацій. Вона була спрямована на боротьбу з насильством в сім'ї щодо жінок та дітей. У рамках цієї акції проводилася Національний форум «Стоп насильству!» та Платформа дій. Учасники форуму затвердили Національну Платформу дій та план заходів її реалізації та порушили питання розробки, затвердження і впровадження мінімальних стандартів послуг для осіб, які зазнали насильства.

Платформа дій містила найважливіші проблемні сфери, стратегічні цілі і заходи, організаційні і фінансові механізми, що можуть використовуватися як державними, так і недержавними організаціями, з метою протидії насильству та викорінення цього явища в суспільстві.

Стратегічні цілі і заходи включають превентивні програми, припинення насильства, роботу з особами, що зазнали насильство, роботу з особами, які вчинили насильство, механізм взаємодії органів та установ у сфері протидії насильству стосовно жінок, дітей та в сім'ї [8].

Не менш актуальною є тема сексизму у ЗМІ та рекламі. Сама ідея та концепція акції «Стоп сексизм!» не нова, її було запозичено від колег-феміністок з Санкт-Петербурга. Петербурзький Центр Гендерних Проблем спільно з Асоціацією Журналісток вперше реалізували цей задум у листопаді 2002 р. під іронічним гаслом «Сексизм non stop?, или Женщина – друг человека». Тоді організатори зібрали та представили на суд широкого загалу російські рекламні плакати, відео-ролики, листівки та інші «речові докази» сексизму як масової практики гендерної дискримінації [6].

У травні 2006 року ця акція почала проводитися в Україні і до сьогодні набрала досить великих обертів. Тепер щороку проводяться прес-конференції, круглі столи та інші інформаційні кампанії, програма яких насичена інформацією, фактами, конкретними прикладами і висновками науковців світового рівня про механізми дії та загрози сексизму в рекламі. До того ж, досвід показує, що ті, хто відвідав акцію «Стоп сексизм!», змінюються назавжди, адже іхнє сприйняття гендерно-ураженої реклами стає рефлексивним і критичним.

Інформаційна кампанія «Я проти насильства!», ініційована Міністерством сім'ї, молоді та спорту і програмою Європейського Союзу «Права жінок і дітей в Україні – Комунікаційний компонент», проходила протягом серпня по всій Україні. Метою кампанії є зміна стереотипів про те, що домашнє насильство має залишатися за закритими дверима.

На території Житомирщини ця акція набула широкого розповсюдження. В ній взяли участь Управління сім'ї, молоді і спорту, житомирський каток «Global Ice», також проводилася масова вулична робота. На базі ЖДУ ім. І.Франка волонтери у рамках акції розповсюджували серед студентської молоді браслети з написом «Я проти насильства», а також інформаційні картки, на яких зазначені телефони гарячої лінії з запобігання насильству.

Також хотілося б згадати такі форми гендерної просвіти – Спортивне гендерне орієнтування та гендерний туризм. Розробником цих методик є Закарпатський центр гендерної освіти. Щорічно у період літніх канікул на базі таборів та баз відпочинку Центр проводить змагання з туризму та орієнтування серед студентів ВНЗ та учнів загальноосвітніх шкіл.

Перші змагання з гендерного спортивного орієнтування (ГСО) було проведено навесні 2006 року. ГСО – складний багатокомпонентний метод роботи в сфері гендерної просвіти та вид змагань, в якому для досягнення високого результату необхідно в рівній мірі володіти всіма компонентами: фізичною, технічною, тактичною, психологічною та інтегральною підготовкою. Учасники високо оцінили представлена методику і зазначили, що вона є оригінальною і цікавою. Водночас, результати, які можна отримати аналізуючи поведінку учасників під час проходження маршруту і виконання завдань, сприяють переосмисленню розуміння гендерних стереотипів [3].

Гендерний геокешинг – ще одна інноваційна форма гендерної просвіти. Геокешинг – це спортивні змагання між командами. Учасники за допомогою GPS-навігаторів та спеціально створених мап долають певні відстані, на яких знаходять тайники (схованки) із завданнями. Гендерний геокешинг характеризується тим, що зміст завдань наповнений гендерним компонентом. Команди створюються різні: чоловічі, жіночі та змішані. Ця форма роботи дозволяє задіяти значну кількість учасників та учасниць. Ефективність цієї форми полягає у тому, що учасники і учасниці команд мають можливість у цікавий активний спосіб краще зрозуміти сутність гендерної тематики. Орієнтовними темами проведення змагань можуть бути: «Гендер і суспільство», «Гендер і кар’єра», «Багатоліка дискримінація», «Відповідальне батьківство». У кінці кожної гри проводиться загальне обговорення. Учасниці й учасники діляться своїми враженнями щодо виконання завдань та групової динаміки. Таким чином, за допомогою інтерактиву вони отримають нові знання, розширяють власний кругозір та коло спілкування. Реалізація цієї практики запланована на березень-квітень 2011 року у межах проекту «Гендерна просвіта молоді Житомирщини» (за підтримки Українського Жіночого Фонду).

Не варто залишати поза увагою й такі нові форми гендерної просвіти, як школи відповідального батьківства, школи підготовки молоді до шлюбу і тато-школи. У них спільна мета: створення та підтримка сім'ї, вільної від

гендерної дискримінації для формування усвідомлених ролей дружини та чоловіка, матері та батька; залучення до участі у вихованні дітей обох осіб подружжя.

Роботу школи будують на тому, що розглядають саме паритетну сім'ю із врівноваженими ролями жінки і чоловіка. Натомість не всі релігійні організації згідні з цим. Опитування молоді також засвідчило, що у свідомості більшості людей ще панує модель патріархальної сім'ї, що в сучасних умовах у більшості випадків не є дієво і не завжди сприяє збереженню родини. Проте це не має виступати перешкодою на шляху до побудови паритетної сім'ї. Тим паче, кожен має обрати сам, що для нього краще. Давайте для прикладу розглянемо Ужгородську школу підготовки молоді до шлюбу. Ужгородська Школа – безкоштовна, її програма містить доволі широкий спектр тем і залучених до викладання фахівців – психологи, педагоги, лікарі (окремим напрямом є репродуктивне здоров'я), розробляють і юридичний курс щодо сімейного права. Одна з основних цілей Школи – підготувати молодь так, щоб соціальні фактори та пов'язані із ними проблеми, що безумовно виникатимуть, не впливали на духовні почуття. Викладачі мають на меті допомогти майбутнім членам подружжя зберегти ті стосунки, які були у них на ранніх стадіях знайомства [1].

Також потрібно згадати школи гендерної рівності. Їхньою метою діяльності є збільшення кількості гендерно-освічених волонтерів та підвищення рівня гендерної обізнаності (кваліфікації) студентів, які успішно засвоїли базовий курс гендерної грамотності. Соціальна значущість діяльності шкіл полягає у розширенні кількості осіб, які володіють методикою й технологією гендерної просвіти і зможуть застосувати їх.

Отже, всі вище перелічені форми можна об'єднати у дві групи: стандартні та інноваційні форми гендерної просвіти.

<b>Гендерна просвіта</b>	
<b>Стандартні форми:</b>	<b>Інноваційні форми:</b>
- семінар;	- уроки гендерної рівності;
- конференція;	- конкурси науково-дослідницьких робіт;
- круглий стіл;	- гендерний інтерактивний театр;
- тренінг;	- форум-театр з гендерним компонентом;
- прес-конференція;	- ярмарки гендерних проектів;
- громадські слухання;	- гендерно-тематичні відеолекторії;
- масові інформаційні кампанії та культурно-мистецькі акції;	
- «гендер в малюнках»;	
- фотоконкурси, присвячені поширенню ідеї гендерної рівності;	
- гендерний Музей;	
- спортивне гендерне орієнтування;	
- гендерний туризм;	
- гендерний гекешинг;	
- школи відповідального батьківства;	
- школи підготовки молоді до шлюбу;	
- тато-школи;	
- школи гендерної рівності.	

Зазначені форми роботи дають змогу залучити до розгляду гендерної тематики різні цільові аудиторії. Просвітницька робота може мати як теоретичний характер (семінари, круглі столи, прес-конференції і т.д.), так і практичний (школи відповідального батьківства, підготовки молоді до шлюбу, тато-школи і т.д.). Стосовно масових інформаційних кампаній та культурно-мистецьких акцій можемо сказати, що вони проводяться уже тривалий час, проте кожного року робиться акцент на різних проблемах, тому ці форми ми відносимо як до традиційних, так і інноваційних.

При здійсненні гендерної просвіти необхідно дотримуватися таких принципів: послідовність, наступність та системність. В результаті цього вона наповнена значною кількістю форм, які є актуальними для різних цільових аудиторій в різні вікові періоди. Для того, щоб кожна доросла людина споглядала на світ крізь «гендерні окуляри», необхідно її ще з малечку вчити розпізнавати гендерні проблеми, вміти протидіяти у випадках дискримінації та дотримуватися принципів гендерної рівності.

Найголовнішим є те, що, беручи участь у гендерно-тематичних просвітницьких заходах, кожна і кожен має можливість розширити свій кругозір з гендерних проблем українського соціуму, знайти відповіді на ряд питань, що торкаються як особистого, так і професійного життя, усвідомити та активізувати власні ресурси для подальшої самореалізації у різних сферах життедіяльності суспільства.

#### Література:

1. В Ужгороді презентували результати роботи Школи підготовки молоді до шлюбу. // Новини Ужгорода, Закарпаття, України, Світу [Електронний ресурс]: <http://zakarpatpost.net/2010/11/11/v-uzhhorodi-prezentuvaly-rezultaty-roboty-shkoly-pidhotovky-molodi-do-shlyubu/>

2. Всеукраїнський конкурс уроків з гендерної рівності [Електронний ресурс]: <http://oipopp.ed-sp.net/content/view/1573/33/>
3. За підтримки ПРООН організації з відповідального батьківства об'єднуються в потужний рух [Електронний ресурс]: <http://www.undp.org.ua/ua/media/41-democratic-governance/853-organizations-of-responsible-fathering-unite-in-a-powerful-movement-withsupport-from-undp>
4. Л.В.ШТЫЛЕВА Гендерный подход в общеобразовательной школе: проблемы разработки и институализации [Електронный ресурс]: [http://www.murman.ru/ist/edu\\_centre/gender\\_vuz/mat\\_doc8.html](http://www.murman.ru/ist/edu_centre/gender_vuz/mat_doc8.html)
5. Музей історії жіноцтва, історії жіночого та гендерного руху. Про проект [Електронний ресурс]: <http://gender.at.ua/index/0-2>
6. О. Кісъ. Акція «Стоп сексизм!»: досвід імунізації свідомості. // Гендерний журнал «Я». – 2007. – № 2. – С. 34 – 35.
7. Підготовка волонтерів до реалізації ідеї гендерної рівності: Методичні рекомендації. / Авт.-упоряд. О.Л. Остапчук, Н.П. Павлик, С.В. Котова-Олійник. – Житомир, 2009. – 160 с.
8. Україна: Національна кампанія «Стоп насилиству!» [Електронний ресурс]: <http://www.stopit.org.ua/index.php/uk/2010-09-13-18-51-30>
9. У Чернівцях розгулює конячка Марта – символ жінки. // Кореспондент.net [Електронний ресурс]: <http://ua.korrespondent.net/ukraine/765043-u-chernivcyah-rozgulyue-konyachka-marta-simvol-zhink>
10. Школа рівних можливостей. Гендерний інтерактивний театр [Електронний ресурс]: <http://www.develop.gender-ua.org/page3.php>
11. Школа Рівних Можливостей. Форум-театр [Електронний ресурс]: <http://www.develop.gender-ua.org/page4.php>

СМІЛЯНЕЦЬ ОКСАНА

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ «Університет «Україна»

## **«ЗАМІЖНЯ ЗА АЛКОГОЛІКОМ»... СІМЕЙНЕ НАСИЛЬСТВО ТА ПРОБЛЕМА СПІВЗАЛЕЖНОСТІ**

Насильство в сім'ї – не нова проблема. Ймовірно, воно існувало в сім'ї завжди. Однак тільки в останні 10-15 років насильство в сім'ї по відношенню до дітей, подружжя і літніх родичів стало визнаватися як фахівцями, так і суспільством в цілому серйозною соціальною проблемою. Проблема насильства в сім'ї особливо активно стала вивчатися під впливом підвищеного інтересу та уваги з боку великих організацій, психіатрів, професорів університетів, юристів, працівників медичних установ та органів правопорядку, журналістів і в цілому ЗМІ. Об'єднані зусилля всіх цих груп в результаті призвели не тільки до залучення уваги до цієї проблеми, але в цілому до зростання національної тривоги і стурбованості насильством в сім'ї.

Поряд з цим, сімейне насильство залишається однією з найбільш складних, суперечливих і латентних проблем в більшості сучасних суспільств. Щоб виробити ефективні заходи соціальної політики для зниження рівня домашнього насильства, необхідно спиратися на дані наукових досліджень про його масштаби і природу [12].

Проблема подолання насильства в сім'ї загалом і над жінками зокрема, є надзвичайно актуальною з огляду на наступне. По-перше, насильство в сім'ї передається як паттерн поведінки дітям від батьків, що зумовлює його існування віками; по-друге, насильство в сім'ї є основою існування насильства в суспільстві, оскільки сім'я є одним із перших факторів соціалізації дитини; по-третє, насильство є порушенням прав людини і членів сім'ї, показує можливість переваги несправедливості з раннього дитячого віку, що суперечить загальнолюдським цінностям, політиці культури миру та толерантності.

Щорічно, за даними ВООЗ, більше 1,6 мільйона осіб гине в результаті насильства. Насильство в сім'ї є причиною 7 % смертей жінок у всьому світі. Дані офіційної статистики про насильство в сім'ї в Україні доволі обмежені через те, що насильство в сім'ї є найбільш прихованою формою насильства. За узагальненою інформацією МВС, у першому півріччі 2009 року в Україні офіційно зареєстровано близько 90 тис. звернень з питань насильства в сім'ї. У 2009 році поставлено на облік майже 65 тис. осіб (за фізичне насильство – 29,8 тис., психологічне -16,5 тис., економічне – 1,7 тис.) [5].

Поряд з цим, проблема сімейного насильства в Україні залишається фактично невирішеною. Справа в тому, що зміст будь-якої соціальної проблеми формується немов би з двох елементів: наявності реального життєвого протиріччя і рівня усвідомлення суспільством даного протиріччя як проблемного, такого, що потребує вирішення. Реально в життедіяльності українського суспільства подібна проблема дійсно існує. Що ж стосується її усвідомлення, то в силу різних причин (соціокультурних, пов'язаних із традиціями народу; економічних – “не до цього було” і ряду інших) подібне протиріччя як соціальна проблема не усвідомлювалося.

У США насилиство в родині стало загальнознаною соціальною проблемою у 1970-ті під впливом, перш за все, феміністичного жіночого руху. У цей час відбувається широке поінформування громадськості про те, що відбувається в родині, за закритими дверима оселі. Сімейна жорстокість, подружнє насилиство визнаються неприпустимими. Починається активна робота з вирішення даної проблеми, лідерами виступають США і Канада. Робота ведеться в декількох напрямах: удосконалюється законодавство; до роботи з потерпілими в результаті насилиства підключаються наукові, навчальні, релігійні, медичні й ін. центри; виділяється значне фінансування на рішення таких проблем і т. п.

У Радянському Союзі насилиство в родині взагалі було “закритим” питанням. Ім займалися тільки криміналісти й інші фахівці при вивчені злочинів, заподіяних у сімейно-побутовій сфері. Обговорення цієї проблеми на державному рівні не відбувалося. Таким чином, насилиство в родині в нашій країні не тільки з об'єктивних причин (нормативна поведінка в родині і зараз багато в чому відтворює патріархальні культурні стереотипи), але й із суб'єктивних відрізнялося найвищим ступенем латентності.

Одним із суттєвих кроїв на шляху протидії сімейному насилиству стало прийняття у 2001 році Закону України “Про попередження насилиства в сім’ї”, яким було передбачено створення у всіх регіонах України мережі спеціалізованих установ для надання допомоги жертвам насилиства в сім’ї. Закон регламентує здійснення заходів з попередження насилиства в сім’ї; організацію і проведення просвітницької, роз’яснювальної, корекційної роботи; організацію і надання необхідної психологічної, педагогічної, медичної, юридичної допомоги членам сім’ї, які можуть стати або стали жертвами насилиства в сім’ї; розроблення корекційних програм та організацію їх проходження особами, які вчинили насилиство в сім’ї; вивчення та узагальнення причин та умов конкретних проявів насилиства в сім’ї тощо [21].

У 2009 році вступили в силу доповнення до закону, а саме Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства стосовно протидії насилиству в сім’ї”. Нині вже існують спеціалізовані установи для потерпілих від насилиства в сім’ї. Разом з тим, в 2009 році розроблені методичні рекомендації під назвою “Типова програма корекційної роботи з особами, які вчинили насилиство в сім’ї, та основні засади її реалізації” в межах спільногоРоекту Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту та Координатора проектів ОБСЕ в Україні “Підтримка зусиль українських інституцій у протидії насилиству в сім’ї”. Збірка містить інформацію щодо організаційно-правових засад впровадження системи корекційних програм, а також детальні методичні рекомендації щодо структури змісту типової програми роботи з особами, які вчинили насилиство в сім’ї [5].

Щодо наукових розробок у галузі проблеми, то найбільш плідним до аналізу природи та механізмів насилиства є, на аншу думку, міждисциплінарний підхід, що дозволяє комплексно дослідити це явище. Аналіз теоретичних підходів до розгляду насилиства в сім’ї виявив деякі їх риси. Соціологія, соціальна психологія, загальна психологія, кримінологія, правові науки в залежності від предмету та методів дослідження описують різноманітні аспекти насилиства. Загальна психологія акцентує увагу на ролі внутрішньо психічних особливостей, що впливають на вчинення насилиства на індивідуальному рівні. Соціальна психологія виявляє соціально-психологічні закономірності та механізми насильницької поведінки окремих індивідів і груп при зіткненні їхніх цілей або інтересів, а також розглядає насилиство в сім’ї як наслідок фрустрацій; як негативне соціально-психологічне явище, що здійснює вплив на діяльність особистості всупереч соціальним нормам; як результат “невідповідностей” у пізнавальній сфері суб’єкта та наслідок недостатньо виправданого вибору. Кримінологічна концепція насилиства базується на розгляді насилиства як певної сукупності дій суб’єкту, що обумовлює її делінквентний характер. Особливістю соціологічного підходу є спроба розгляду насилиства з позиції аналізу взаємозв’язку індивідуально-психологічних характеристик агентів насилиства та об’єктивних умов їх життєдіяльності, з одного боку, і прагнення індивідів мати певні можливості з метою перетворення свого оточення, з другого.

Український соціолог Бова А.А. виокремлює наступні групи факторів, які обумовлюють насилиство в сім’ї: демографічні характеристики, умови життя та соціальний статус, стан психічного та фізичного здоров’я, рівень соціальної підтримки, недоліки соціально-психологічної комунікації (різні ціннісні орієнтації, розбіжність емоційних станів), зловживання алкоголем та наркотиками [3]. Отже, як бачимо, насильницька поведінка визначається різними мотивами, які дозволяють насильнику вдовольнити різноманітні потреби.

Активно обговорюються сьогодні форми та прояви сімейного насилиства. Закон України “Про попередження насилиства в сім’ї” виокремлює фізичне, сексуальне, психологічне та економічне насилиство в сім’ї. Зміст цих форм конкретизується науковцями та представниками громадських організацій, що опікуються профілактикою сімейного насилиства.

Під фізичним насилиством в сім’ї розуміють умисне нанесення одним членом сім’ї іншому члену сім’ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може привести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров’я, нанесення шкоди його честі і гідності [1]. Часто фізичне насилиство визначають, перераховуючи дії, які розглядають як такий вид насилиства. Так, в опублікованій доповіді громадської організації “Олександра Хаус” (м. Блейн, Міннесота, США) фізичним насилиством називають будь-яку насильницьку поведінку проти іншого члена сім’ї і роз’яснюють далі: “фізичне насилиство може виявлятись у вигляді ляпасів по обличчю, штовханів, подряпин, нанесення опіків, удушення, щипання, укусів, брутального хватання, ударів кулаком, відкидання партнера вбік або додолу, кидання в нього предметів, використання зброї”.

Інші автори додають також сіпання за волосся або його виривання, позбавлення їжі або пиття, викручування рук тощо [19, с.12].

Сексуальне насильство в сім'ї – це протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру по відношенню до неповнолітнього члена сім'ї [1]. Деякі автори зазначають, що “сексуальне насильство відображається у примушуванні особи у будь-який формі до вступу у статеві відносини без її згоди та бажання” [25, с.6]; “воно включає будь-який сексуальний акт або сексуальну поведінку, що нав'язується партнерці (партнеру) проти її (його) волі” [18, с.12].

Крім того, на думку Ковальвої О.В., до сексуального насильства можна віднести: поводження з дружиною як з сексуальним об'єктом; тривала стриманість від сексу без поважних причин (в даному випадку норма моралі, що передбачає існування подружнього боргу (“супружеского долга”), повинна перетворитись на норму права); примушення роздягатися проти волі; статеві акти з особливою жорсткістю; примушення дивитись та/чи повторювати порнографічні дії; прояв виключних ревнощів.

Психологічне насильство в сім'ї – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образів або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю [1]. Деякі автори зазначають, що психологічне насильство може проявлятися в будь-яких словесних діях з боку насильника, в результаті чого порушується честь та гідність особи, особа відчуває у зв'язку з цим емоційну невпевненість, закомплексованість, страх та моральні переживання [25, с.6].

Психолог Грабська І.А. виокремлює щість типів психологічного насильства: висловлене погроза, прихована погроза, прихована погроза щодо використання фізичного насильства, жорсткий контроль поведінки, патологічні ревнощі, ментальна деградація, ізоляція [6].

Психологічне насильство може мати наступні прояви: використання лайливих слів та (або) крику, образи, які спричиняють шкоду самооцінці партнери (партнера); образливі жести або дії (наприклад, плювки в партнерику (партнера) або в її (його) напрямку), примус до принизливих дій; вияв брутальності відносно родичів або друзів партнери (партнера), їх образи з метою принизити партнера (партнерику); спричинення шкоди домашнім тваринам, до яких партнери (партнери) емоційно прив'язані, з метою помсти або залякування і т.п.

Деякі автори у психологічному насильстві виділяють вербальне та емоційне насильство. Вербальне або словесне насильство чиниться, наприклад, тоді, коли жінці докоряють буквально за кожний вчинок, критикується особистість жінки, або її ображають бруталією лайкою. Так, Херсонський Б.Г. і Двірняк С.В., виділяють чотири рівні словесного насильства. Перший, замаскований – це критика вчинків, коли жінку чи дитину докоряють абсолютно за все, за кожен її крок, за формулою “твій вчинок поганий, ти вчинила(в) погано, тому і ти погана(ний)”. Другий рівень – критика особистості за формулою “ти погана(ний), тому і вчинки твої погані”. Наступний рівень словесного насильства – критика родини (сім'ї, роду, народу, племені, групи, статі, національності тощо), за формулою “Всі ви... такі!”. Останній рівень словесного насильства – це лайка (брудна), образа [7, с.111].

Зазначимо також, що в основі всіх форм насильства в сім'ї неодмінно знаходитьться психологічне насильство. Частіше за все, як показує досвід роботи кризових центрів, спочатку проявляється психологічне насильство, яке в певний момент доповнюється різними за ступенем тяжкості фізичними діями, потім воно може перерости в фізичне чи сексуальне насильство, а згодом фізичне насильство доповнюється економічним. Інакше кажучи, між даними поняттями існують відношення по типу включення. Разом з тим, розгляд генезису даних форм насильства показує, що психологічне насильство є “ядром” насильства, його вихідною формою, на основі якої виникають фізичне та сексуальне насильство.

Економічне насильство в сім'ї – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може привести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я [1]. Деякі фахівці до вищеперелічених форм економічного насильства додають також спроби позбавлення одним дорослим членом сім'ї іншого можливості розпоряджатися сімейним бюджетом, мати засоби існування та права розпоряджатися ними на власний розсуд, економічний тиск на неповнолітніх дітей.

Необхідно зазначити, що економічне насильство довести дуже складно – відсутні чіткі механізми. Дійсно, складно встановити, чи умисно позбавляє один член сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, чи просто неспроможний в належній мірі забезпечити всім необхідним родину. Крім того, немає чіткого визначення тієї самої “належної міри”.

Насильство в сім'ї часто проявляється у вигляді комбінації фізичного, сексуального, психологічного та/чи економічного насильства. Часто важко провести межу між різними видами насильства в сім'ї. Так, одні дослідники відносять позбавлення сну до психологічного насильства, інші – до фізичного. Так само, пошкодження або знищення особистих речей, нанесення шкоди домашнім тваринам або їх вбивство може, в залежності від обставин, виступати як психологічне або економічне насильство [18, с.14].

Одним із перспективних досліджень у галузі проблеми сімейного насильства є, на нашу думку, її аналіз в контексті проблеми співзалежності.

У книзі “Співзалежність, невідкладна проблема”, її автор, Роберт Саббі писав про співзалежність: «Емоційний, психологічний і поведінковий достаток, що виникає в результаті того, що людина тривалий час піддавалася дії

пригноблюючих правил, які перешкоджали відкритому вираженню відчуттів, а також відкритому обговоренню особових і міжособових проблем». Ерні Ларсен, інший фахівець в області співзалежності і пioner в цій області, визначає співзалежність так: "Це вивчений набір поведінкових форм або дефектів характеру саморуйнівної властивості, який призводить до зниження здатності ініціювати і брати участь в любовних взаєминах" [2].

Наведемо деякі менш професійні дефініції, які, тем не менш, прояснюють сутність проблеми. "Співзалежність означає те, що я постійно піклуюсь лише про інших". "Бути співзалежною означає, що я заміжня за алкоголіком". "Співзалежність означає, що я по лікті зав'язла в житті алкоголіка". "Це означає, що я завжди шукаю кого-небудь, щоб закохатися в нього".

Єдиного короткого визначення (дефініції) співзалежності немає. Ряд дослідників давали декілька визначеннь, що розрізняються, проте вони лише підкреслювали ті або інші сторони співзалежності. Приведемо ряд визначень.

Американський дослідник Смолі вважає: «Співзалежність — це патерн засвоєних форм поведінки, відчуттів і вірувань, що роблять життя хворобливим. Це залежність від людей і явищ зовнішнього світу, що супроводжується неувагою до себе до такого ступеню, що залишається мало можливостей для самоідентифікації»

Інший американський дослідник Уекшайдер-Круз визначає співзалежність як постійну концентрацію думки на комусь або на чомусь і залежність (емоційна, соціальна, іноді фізична) від людини або об'єкту. Іноді ця залежність від іншої людини стає патологічним станом, що впливає на всі інші взаємини.

Дослідник Янг вважає, що співзалежність — це «погане здоров'я, порушення адаптації і проблеми поведінки, пов'язані з сумісним мешканням з хворим алкоголізмом».

У визначенні відсутня згадка про алкоголь, а стресор (залежність від людей і явищ) трактується дуже широко. На перший план виводяться порушення самоідентифікації, заперечення самого себе, самозречення.

У літературі можна знайти категоричне твердження, що співзалежність — це "хвороба, що має безліч форм і виразів і що зростає з основного процесу, який називають процесом розвитку залежності. [14]

За визначенням А. Капської, залежністю є психічний і фізичний стан людини, який характеризується відчуттям примусу, нездатності чинити опір тому чи іншому бажанню. Співзалежність — це стан, що виникає у членів сім'ї хворого на алкоголь з інші форми залежності, яке часом важче, ніж саме захворювання [17].

Подібність залежності та співзалежності вбачається в тому, що обидва стани:

- представляють собою первинне захворювання, а не симптом іншого захворювання;
- приводять до поступової фізичної, психічної, емоційної і духовної деградації;
- при невтручанні можуть призвести до передчасної смерті;
- при одужанні потребують системного зрушення як у фізичному, так і в психологічному плані [15].

Пристрість до алкоголю та наркотиків і співзалежність рівною мірою відирають у хворого та його близьких, що мешкають разом з ним, енергію, здоров'я, підкоряють собі їх думки, емоції. В той час, коли хворий нав'язливо думає про минулу або майбутню випивку (вживання хімічних речовин), думки його дружини (матері) так само нав'язливо спрямовані на можливі способи контролю над його поведінкою [2].

Співзалежність може коливатися в своїй інтенсивності, можуть наступати періоди ослаблення (ремісії) і загострення (зриви). Іноді це йде паралельно з чергуванням загострень і ремісій чоловіка, іноді — ні. Катализатором для рецидиву співзалежності можуть слугувати інші, неалкогольні труднощі життя, втома, невирішенні проблеми, негативні емоції, що накопичилися. Загострення перебігу алкоголізму у близької людини, як правило, приводить до загострення співзалежності [14].

За Москаленко В.Д. співзалежними є:

- люди, що перебувають в шлюбі або знаходяться в любовних взаєминах з хворим залежністю від психоактивних речовин;
- батьки хворих на залежність від психоактивних речовин;
- люди, що мають одного або обох батьків, хворих залежністю від психоактивних речовин;
- люди, що вирошли в емоційно репресивних сім'ях;

Отже, проаналізувавши авторські роботи вітчизняних та зарубіжних науковців (Москаленко В.Д., О.Савчук, Б.Уайнхолд, М.Бітті, Смолі, Уекшайдер-круз, Шеф та ін.) можемо сказати, що єдиного короткого визначення співзалежності немає. Дослідники з даного питання давали декілька визначеннь, що розрізняються, проте вони лише підкреслювали ті або інші сторони співзалежності.

До категорії співзалежних клієнтів можна віднести дружин, матерів алкоголе- та наркозалежних, ігроманів та інших громадян, які мають залежність. А також співзалежними можуть бути сестри, діти та інші близькі люди вищезазначених залежних осіб.

Можна сказати, що співзалежність одна з найпоширеніших проблем, що заважає повноцінному життю людей. Вона стосується не тільки окремих особистостей, але й суспільства в цілому, оскільки співзалежна сім'я створює умови, що відтворюють передачу такої моделі відносин наступним поколінням.

Співзалежність виникає у відповідь на стресову ситуацію в сім'ї, необхідно підкреслити важливість певного «ґрунту» у виникненні цього стану. Значна частина дружин чоловіків хворих на алкоголізм (блізько 60 %) походить з сімей, де вже хтось на алкоголь з хворів. Дружини часто є дочками хворих на алкоголізм батьків або матерів. Ці жінки виростили в сім'ях, де ігнорування ознак алкоголізму (заперечення) було звичним, тому вони не підготовлені до розглядування відповідних ознак цієї хвороби у своїх партнерів, а модель поведінки співзалежності матері легко засвоюється дочкою. Більшість хворих на алкоголізм до початку у них хвороби теж були співзалежними, вони також походять з сімей, де вже були подібні проблеми.

Насильство є незмінним супутником проблеми співзалежності, що вимагає комплексного підходу до вирішення проблеми насильницьких стосунків з урахуванням у тому числі фактору співзалежності.

Актуальність проблеми насильства в сім'ї підсилюється тим, що насильницькі дії частіше мають місце у родинах, де один або обидва партнери є залежними від алкоголю (Б.Гузиков, В.Москаленко). Жінки в таких дисфункціональних родинах зазнають подвійної травматизації: є жертвами насильства з боку чоловіка і перебувають у стані співзалежності, який тривалий час не був предметом дослідження у сфері вітчизняної соціальної психології.

Сам феномен співзалежності науковці розглядають як “хворобливу прив’язаність” (О.Сімонова), “надмірну стурбованість” (В.Штандер), “психічний стан” (Р.Саббі), “комплекс особливих рис характеру” (С.Вітілд), “залежність” (В.Москаленко), “набір засвоєних норм поведінки” (Р.Баркер), “спосіб адаптації до гострого внутрішньо-особистісного конфлікту” (Р.Поттер-Ефрон). Такі різні позиції дають змогу розглядати співзалежність не лише крізь призму нормальної/анормальної поведінки, як прояв хворобливої залежності, але і як порушення сімейної взаємодії, приклад дисфункціональної моделі сім'ї, в якій особистості її членів зазнають негативного впливу, в результаті чого не задовольняються їхні потреби в самореалізації та особистісному зростанні. Наведена персонологічна типологізація станів жінок за характером сформованості рис співзалежності (В.Москаленко, О.Сімонова, Р.Поттер-Ефрон) сприяє більш повному аналізу можливостей психокорекційного втручання, його зasad та принципів проведення, особливостей методологічного забезпечення корекційних програм.

Соціально психологічний стан жінок, які зазнали насильства в сім'ї залежного від алкоголю, характеризується також формуванням низки рис та якостей, які підсилюються станом співзалежності, що визначає подвійну стигматизацію останніх. Серед них: страх, почуття провини, гнів, сором, відчай, заперечення, ригідність, порушення ідентифікації власних потреб, суміщення понять [17]. Такий стан жінок вимагає вироблення комплексного підходу до подолання наслідків насильництва та співзалежності, відповідної стратегії, комплексної програми з урахуванням особливостей соціально-психологічного стану жінок.

На превеликий жаль, інституцій, що займаються конкретно проблемами співзалежних жінок в Україні не існує. Отже, цей напрямок роботи відкриває широкий простір для наукової і практичної діяльності як сьогоднішнім соціальним працівникам, так і їх наступникам.

#### Література:

1. Закон України “Про попередження насильства в сім’ї” від 15.11.2001 р. № 2789-III // ВВР України. – 2002. - №10. – Ст. 70.
2. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости /Пер. с англ. – М: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
3. Бова А. А. Модель факторів, що обумовлюють насильство в сім’ї // Український соціум. -2005.-№1(6).- С.15-25
4. Бойко О.В. Насильство в сім’ї: соціологічний аналіз явища: Автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. соціол. наук. 22.00.03 / Нац. ун-т внутр. справ. - Х., 2003. - 20 с.
5. Грищенко Н.С. Домашне насильство над жінками: стан проблеми. За матеріалами дослідження // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2010 - №1-2. - С.118-130.
6. Грабська І.А. Насильство у парожінських стосунках: зарубіжний досвід дослідень та консультування // Практична психологія та соціальна робота. - 1998. - № 9, 10.
7. Громадська програма співробітництва по запобіганню насильству в сім’ї: Матеріали 1-го Міжнародного науково-практичного семінару. Одеса, 25 лютого – 6 березня 1999 р. / За ред. Ф.К. Думка. – Одеса: ОІВС, 1999. – 125 с.
8. Гусейнов А. А. Понятие насилия и ненасилия // Социально-психологические и медицинские аспекты жестокости. – 2003. – № 1–2 (3–4). – С. 76–86.
9. Джилліген Д. Запобігання насильству. – К : Сфера, 2004. – 166 с.
10. Заварова Н. В, Зайцева Г. О, Літвіненко О. С, Старун Н.О, Суркіна, Т.М. «Стоп насильству: інформаційна збірка». – Луганськ: Управління у справах сім’ї, молоді та спорту облдержадміністрації, Луганський обласний центр роботи з жінками, 2008. - 103 с.
11. Лисова А.В. Насилие в семье: основные теоретические проблемы. Введение: Учебное пособие. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 2001. – 208 с.

12. Лысова А. В. Насилие в семье - объект социальной политики и США // Социологические исследования. - 2005. - №12. - С. 108-116.
13. Лысова А. В. Физическое насилие над женами в российских семьях // Социологические исследования. - 2008. - № 9. - С. 121-128.
14. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. 2-е изд., перераб. дополненое. – М.: ПЕРСЭ, 2004. – 336 с.
15. Москаленко В.Д. Если папа пьет... - М. : Знание, 1992. - С. 3-92.
16. Москаленко В.Д. Жены больных на алкоголизм // Вопросы психологии. – 1991. - №5. - С.91-97.
17. Москаленко В.Д. Созависимость – новая болезнь? // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсокова. - 1999. - №6. – С. 95-99.
18. Насильство в сім'ї та діяльність органів внутрішніх справ по його подоланню. Інформаційно-практичний посібник. – Дніпропетровськ: УМВС України в Дніпропетровській області, 2006. – 72 с.
19. Савчук О.М. Стратегії роботи зі співзалежними жінками, які зазнають насильства в сім'ї // Практична психологія та соціальна робота. - 2003. - №4(51). - С.51-60.
20. Тюріна В. О. Мотиви іпотреби як фактор насильницької поведінки // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2009. - №2. - с.18-22.
21. Тюріна В. О. Соціальні та психологічні умови і фактори формування та застосування насильницької поведінки в сім'ї // Соціальна робота в Україні: теорія і практика.-2010.-№1/2.-С.5-16.
22. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от зависимости / Перев. с англ. Г.Чеславской. – М.: Независимая фирма «Класс», 2002. - 224с.
23. Христова Г. Насильство в сім'ї та шляхи його попередження: законодавчий аспект [Електронний ресурс] // режим доступу до статті: <http://www.khpg.org/>
24. Шендеровський К.С.Проблеми наркозалежності: що пропонує соціальна служба за діючою «Київською соціальною моделлю?» // Соціальний працівник. Червень 2007. - №11 – с.2-15.
25. Юридичні аспекти захисту жертв насильства в сім'ї / Уклад. Л. М. Мандрика. – Харків: ХОС «Молодіжні ініціативи», 2005. – 20 с.