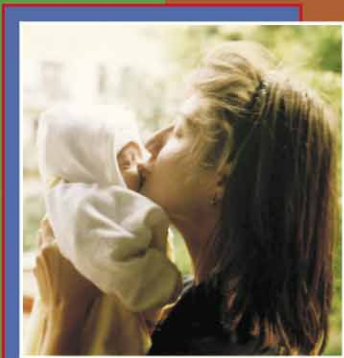


# Соціально-просвітницькі тренінги

з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу."

Навчально-методичний посібник для викладачів валеології, основ медичних знань та безпеки життєдіяльності, вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних навчальних закладів



## Розділ 1

Тренінг як організаційна форма навчально-виховної роботи.

## Розділ 2

Тренінг "Формування здорового способу життя засобами освіти.

## Розділ 3

Тренінг "Люди і ВІЛ/СНІД"

## Розділ 4

Тренінг "Профілактика захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю"

## Розділ 5

Тренінг "Домашнє насильство як прояв гендерної дискримінації"

ISBN 966-8847-15-6



9 789668 847158 >

Соціально-просвітницькі тренінги  
з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу

•ОСВІТА УКРАЇНИ•



# Соціально-просвітницькі тренінги

з формування  
мотивації  
до здорового  
способу життя  
та  
профілактики  
ВІЛ/СНІДу

Навчально-методичний посібник



**Міністерство освіти і науки України  
Науково-методичний центр вищої освіти МОН України  
Національний педагогічний університет  
імені М.П. Драгоманова**

**СОЦІАЛЬНО-ПРОСВІТНИЦЬКІ ТРЕНІНГИ  
з формування мотивації до здорового способу  
життя та профілактики ВІЛ/СНІДу**

Навчально-методичний посібник для викладачів  
валеології, основ медичних знань та безпеки життєдіяльності,  
вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних  
навчальних закладів

*2-е видання, перероблене і доповнене*

Київ  
"Освіта України"  
2005

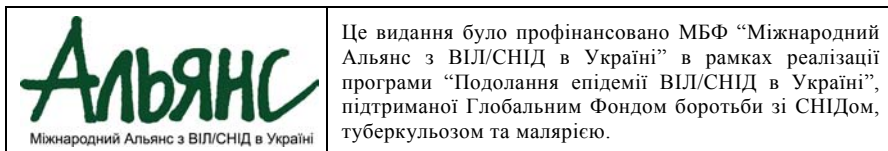
УДК 574.24 (075)  
ББК 51.204.0  
Г 85

Страшко С.В., Животовська Л.А., Гречишкіна О.Д., Міненко А.О., Савонова О.В., Гаврилук В.О. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу / За редакцією Страшка С.В. // Навчально-методичний посібник для викладачів валеології, основ медичних знань та безпеки життєдіяльності, вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних навчальних закладів. — 2-е вид., переробл. і допов. — Київ: Освіта України, 2005. — 259 с.

**Рецензенти:** В.І. Бондар, академік АПН України, доктор педагогічних наук, професор  
М.В. Гриньова, доктор педагогічних наук, професор

*Автори висловлюють вдячність  
О.Пурік, Д.Бруку, Н.Зелінській, Г.Кофман, А.Рудаковій,  
Г.Ричковій, О.Хижняк, Н.Самолевській, Р.Безпальчій,  
В.Пономаренку, Т.Воронцовій за матеріали, що були  
використані при підготовці посібника.*

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки України  
(лист від 14.09.05 № 14/18.2-2065)*



ISBN

© За редакцією Страшка С.В., 2005  
© Освіта України, 2005

## ВСТУП

Сьогодні все очевиднішою стає неможливість забезпечення подальшого прогресу системи освіти та приведення її у відповідність до завдань реформування школи без звернення до сучасних засобів наукового пізнання і визначення нових підходів, ідей, теорій та концепцій. Динаміка суспільних відносин, інтенсифікація виробництва обумовлюють ускладнення соціальних функцій школи, яка є дедалі більш відповідальною за формування таких цілісних структур духовного світу молодшої людини як світосприйняття, громадянська позиція, ідейно-моральна зрілість, культура, готовність до безперервної самоосвіти і самовиховання впродовж усього життя. Серед цих функцій, останнім часом, вагомим значення набуває функція формування і зміцнення здоров'я, оскільки рівень громадського здоров'я є показником цивілізованості суспільства і якості життя його громадян.

Однак, зазвичай, пропаганда здорового способу життя проводиться за старими шаблонами і в основному формально, тому їй не сприймається молоддю. Наслідок - учні не завжди мають об'єктивне уявлення про здоров'я як ціннісну категорію. Саме по собі здоров'я не повинне бути метою життя, проте лише за його наявності людина відчуває радість і комфортність існування, усвідомлює вищий сенс свого буття і сприймає здоров'я як засіб реалізації цього сенсу. На жаль, досі залишаються невідпрацьованими системи поширення вже існуючого позитивного досвіду щодо формування культури здоров'я. Адже саме культура здоров'я, в класичному варіанті, має підтримати розвиток індивіда (й суспільства в цілому) завдяки забезпеченню інформацією, що зумовлює відповідний стиль поведінки. Наявність необхідної інформації й володіння спеціальними вміннями та навичками з питань формування, збереження та зміцнення здоров'я дозволяє людині не тільки робити правильні висновки, але й правильно діяти як у звичних, так і в нестандартних та кризових ситуаціях.

Сучасний етап розвитку нашого суспільства потребує консолідації свідомості навколо ідеї побудови гуманістично орієнтованої, демократичної держави. Особливого значення набуває реформування освіти на принципах демократизації і гуманізації, створення умов для всебічного розвитку інтелектуальних та професійних якостей особистості й формування високого рівня її здоров'я. Гуманізація освіти, її орієнтація на розкриття особистісного потенціалу учня зумовили виникнення і вдосконалення нових психологічно і валеологічно обґрунтованих

освітніх технологій. Серед таких технологій особливе місце займають тренінгові методики навчання, які забезпечують ефективне формування в учнів свідомих мотивацій, ставлення, умінь та навичок, корисних життєво необхідних компетенцій.

На жаль, більшість вчителів не володіє новими нетрадиційними методами навчання, що базуються на активному залученні учня до навчального процесу. Крім того, їм не вистачає сучасної навчально-методичної літератури, яка розкривала б нові технології реалізації змісту освіти, що враховують інтереси та здібності учнів, творчу індивідуальність самого вчителя і є адаптованими до реального навчального процесу в школі.

Сподіваємось, що запропонований посібник буде корисним для студентів педагогічних вищих навчальних закладів, вчителів, класних керівників, соціальних педагогів в організації роботи з дітьми та молоддю, спрямованої на формування здорового способу життя, а також спонукатиме їх до пошуку нових ідей, педагогічних рішень, творчості.

## **РОЗДІЛ 1. ТРЕНІНГ ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНА ФОРМА НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ**

### **1.1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ТРЕНІНГ**

Тренінг виник у ХІХ столітті в медицині як методика проведення психотерапевтичної роботи. У ХХ столітті він набуває поширення в професійній освіті як форма навчання, та в практичній психології як ефективна технологія розвитку особистості. Останнім часом тренінгові технології впроваджуються в процес навчання у вищих навчальних закладах і певні їх елементи з'являються на уроках в загальноосвітніх школах. Особливо активно тренінгові методики використовуються в тих випадках, коли процес навчання спрямований не на накопичення наукової інформації, а на формування життєвих навичок і компетенцій. Тому саме тренінгові технології мають бути основою процесу навчання на уроках основ здоров'я, валеології та безпеки життєдіяльності в школі.

На сьогоднішній день не існує загальновизнаного визначення тренінгу. Так, Б.Ф. Ломов розглядає тренінгові технології як ефективний засіб психічного розвитку людини. Б.Д. Паригін вважає, що тренінг є одним із методів групового консультування. Він описує його як активне групове навчання навичок спілкування і життя в суспільстві взагалі: від навчання професійно-корисних навичок до адаптації до нової соціальної ролі з відповідною корекцією “Я-концепції” і самооцінки. С.Д. Шеколдіна вважає, що тренінг – це форма спеціально організованого навчання, яка базується на активних методах групової роботи. Цю точку зору поділяють Т.В. Воронцова і В.С. Пономаренко. Вони визначають тренінг як форму групової роботи, що забезпечує активну і творчу взаємодію його учасників між собою та тренером (учителем).

Більш широко описують тренінг автори підручника, присвяченого тренінгам з гендерної проблематики (Р. Безпальча та ін.). Вони вважають, що тренінг сьогодні є незамінним елементом навчання і розвитку персоналу будь-якої організації. Тренінг – це навчання, що спирається на досвід людини і дає можливість, крім отримання нової інформації, одразу використати її на практиці, випробовуючи нові навички. Тренінгова форма навчання базується на методиці участі. Це означає, що весь клас (група) є активним учасником процесу навчання, під час якого можна поділитися й обмінятися власними думками, життєвим досвідом і проблемами, а також разом знайти оптимальне вирішення цих проблем.

На нашу думку, можна дати наступне визначення тренінгу:

*Тренінг – це організаційна форма навчально-виховної роботи, яка, спираючись на досвід і знання її учасників, забезпечує ефективне використання різних педагогічних методів, зокрема, активних, за рахунок створення позитивної емоційної атмосфери в групі, та спрямовується на отримання сформованих навичок і життєвих компетенцій.*

Висока ефективність тренінгового навчання є результатом того, що:

- цінується точка зору і знання кожного учасника;
- можна поділитися своїм досвідом і проаналізувати його у комфортній атмосфері без примусу;
- існує можливість вчитися, виконуючи практичні дії;
- можна припускатися помилок, що не призводитиме до покарання або негативних наслідків;
- немає оцінок та інших “каральних” засобів оцінювання нових знань.

Традиційні форми навчання передбачають отримання учнем теоретичної інформації з подальшим її застосуванням, після чого з’являється можливість оцінити корисність набутих знань. Тому, при традиційному навчанні вчитель зосереджується в основному на змістовій частині навчання, а використовуючи тренінгові технології, він, насамперед, сприяє рефлексії учасниками тренінгу отриманих знань, які мають трансформуватися через інтелект, досвід, емоційні переживання суб’єкта діяльності, що значною мірою забезпечує адекватний зворотний зв’язок. У процесі тренінгу, учасники, завдяки зворотному зв’язку, виявляють брак умінь та навичок, так звані “білі плями” теоретичних знань, а також неадекватність наявних установок і стереотипів. Це сприяє корекції неефективних моделей поведінки та їх заміні на нові, ефективніші.

Суттєвою перевагою тренінгової методики є те, що вона дає унікальну можливість вивчити складні, емоційно значимі питання в безпечній обстановці тренінгу, а не в реальному житті з його загрозами та ризиками. Тренінг дозволяє вчитися без хвилювання стосовно неприємних наслідків, які можуть виникнути у випадку прийняття неправильного рішення.

Мета будь-якого тренінгу полягає не в аналізі та інтерпретації проблем особистості, задля подальшого їх усунення або зміни мотивації поведінки, а в активному, свідомому навчанні бажаної поведінки.

В залежності від мети та завдань, які повинен вирішувати тренінг, можна виділити такі його види:

- 1) **соціально-психологічний тренінг** – спрямовується на розвиток комунікативних здібностей, міжособистісних відносин, уміння встановлювати та розвивати різні види взаємин між людьми;
- 2) **тренінг особистісного зростання** – спрямовується на самовдосконалення, вирішення внутрішньо особистісних конфліктів, суперечностей тощо;
- 3) **тематичний або соціально-просвітницький тренінг** – спрямовується на розгляд конкретної теми, зміст якої потрібно засвоїти, і набуття таких умінь та навичок:
  - *комунікативних* – вони напрацьовуються під час усього тренінгу за допомогою спеціальних ігор і вправ;
  - *навичок прийняття рішень* – для цього тренер може використовувати: “мозкові штурми”; обговорення однієї проблеми всією групою; ігри, спрямовані на усвідомлення та вирішення проблеми; алгоритм прийняття рішення тощо;
  - *навичок зміни стратегії поведінки*, які допомагають людині: гнучко реагувати в будь-якій ситуації, краще пристосовуватися до оточення, швидше знаходити вихід із складних ситуацій, реалізовувати свої плани і досягати мети;
- 4) **психокорекційний тренінг** – спрямовується на корекцію психічних процесів, тренування певних якостей і здібностей особистості;
- 5) **психотерапевтичний тренінг** – спрямовується на виправлення хворобливих відхилень особистісного розвитку (невротичний розлад, декомпенсація, акцентуації характеру тощо).

Перші чотири види тренінгу можуть широко використовуватися вчителями при вивченні різноманітних тем стосовно попередження проблем здоров'я. Але право проводити психотерапевтичний тренінг повинен мати лише психолог або лікар-психотерапевт.

Останнім часом у різних сферах і, зокрема, у навчанні здоров'я широко використовуються “*тренінги життєвих компетенцій (умінь, навичок)*”, які з'явилися в 60-ті роки і ґрунтуються на ідеях гуманістичної психології К. Роджерса. Відповідно до концепції цих тренінгів припускається, що індивід недостатньо володіє уміннями, необхідними для ефективного міжособистісного функціонування.

Зазвичай життєві компетенції об'єднують у декілька груп:

- 1) *компетенції, які визначають соціальне благополуччя* – це навички ефективного спілкування, навички співчуття, навички вирішення конфліктів, навички поведінки в умовах тиску, загроз і дискримінації, навички спільної діяльності й співпраці;
- 2) *компетенції, які визначають психологічне благополуччя* – це:
- 3) а) *інтелектуальні компетенції* – навички самоусвідомлення і самооцінки, навички аналізу проблеми і прийняття



- рішень, навички критичного мислення і визначення життєвих цілей та програм;
- 4) б) *емоційно-вольові компетенції* – навички самоконтролю, навички управління стресами, навички, що формують мотивації до успіху і сприяють гартуванню волі;
  - 5) *компетенції, які визначають фізичне благополуччя* – це навички раціонального харчування, навички рухової активності та загартовування, санітарно-гігієнічні навички, навички раціональної організації праці та відпочинку.

Тематичні або соціально-просвітницькі тренінги зазвичай включають вправи, які спрямовуються на розвиток усіх перерахованих компетенцій. Обговорення кожної вправи дає можливість учасникам проаналізувати інформацію, знання чи власний досвід, отриманий під час виконання вправи, зосередитись на навичках, які вони відпрацьовують. Запитання для обговорення – відкриті, тобто – припускають багато варіантів відповідей. На тренінгу немає правильних і неправильних відповідей, кожен має право на особисту думку і саме вона є цінною, адже вона відображає особистість в усіх аспектах.

Форми і методи, які використовуються під час проведення тренінгів, ґрунтуються на активності кожного учасника освітнього процесу, на співіснуванні різних точок зору та вільному їх обговоренні. Одним із принципів організації тематичного або соціально-просвітницького тренінгу є партисипаторний підхід. Цей підхід базується на вірі в те, що люди ефективніше вчаться, коли цінуються їхні власні знання та спроможність щось зробити, а також, коли вони здатні проаналізувати власний досвід та поділитися ним у комфортній обстановці.

## 1.2. СТРУКТУРА ТРЕНІНГУ

Будь-який тренінг складається з одних і тих самих частин: вступної, основної та заключної. Об'ємне співвідношення цих частин у кожному окремому випадку може бути різним. Це залежить від:

- *цілей тренінгу* – якщо це тільки інформаційний тренінг, то етап формування практичних навичок може бути дуже скороченим;
- *виду цільової групи* – чим молодша цільова група, тим більше використовується ігор-розминок, ігор, спрямованих на згуртування групи, і тим меншим є інформаційний блок;
- *тривалості тренінгу*;
- *рівня підготовленості групи* – якщо група є добре інформованою, більше часу можна присвятити формуванню навичок і обговоренню соціальних явищ.

## ВСТУПНА ЧАСТИНА ТРЕНІНГУ

Мета вступної частини – створення позитивної атмосфери в групі, прийняття правил, за якими будуть працювати учасники та інформування їх стосовно мети, завдань та кінцевих результатів тренінгу.

**Вступ.** У вступі необхідно ознайомити учасників з назвою тренінгу, яка повинна відповідати тим навичкам, виробленню яких присвячений тренінг, або тій інформації, яка буде вивчатися (наприклад: “Поведінка і ризику”, “Ні – незахищеному сексу”, “Шляхи подолання розвитку йододефіциту” тощо). На наступному етапі формулюються завдання тренінгу, що забезпечує цілеспрямоване знайомство з матеріалом. Вони повинні враховувати актуальні інтереси учасників, а у випадку проведення тренінгу з дітьми та підлітками, базуватись на знанні зони їх найближчого розвитку. Тренер обов’язково висвітлює актуальність проблеми з метою пробудити в учасників зацікавленість, що забезпечує ефективне навчання.

Зробити це тренер може за допомогою таких традиційних методів навчання як:

**Розповідь** – передбачає усний живий, послідовний виклад фактичного матеріалу в пояснювальній або оповідальній формі. Повинна мати пізнавальну або виховну спрямованість та наукову обґрунтованість фактів стосовно тематики тренінгу, чітку логіку і обґрунтованість та емоційну забарвленість.

**Лекція** – відрізняється від розповіді тим, що використовується для розгорнутого теоретичного повідомлення, наукового аналізу та обґрунтування складних наукових проблем.

Лекція, зазвичай, складається з таких частин:

- *вступної* – де тренер повідомляє учасникам інформацію про цілі, тему, актуальність і проблеми тренінгу;
- *основної* – де потрібно здійснити всебічний аналіз цих проблем, та їх систематизацію;
- *заключної* – де необхідно коротко проаналізувати розглянуті під час лекції проблеми, сформулювати висновки і визначити завдання для самостійної роботи.

**Бесіда** – метод словесного обговорення матеріалу, що вивчається. Його завдання полягає в тому, щоб, по-перше, за допомогою цілеспрямованих і вміло поставлених запитань актуалізувати відомі учасникам знання, по-друге, досягти засвоєння ними нових знань шляхом самостійних обмірковувань, узагальнень та інших розумових операцій.

Як правило на початку тренінгу, з метою з’ясування готовності учасників до певних навчально-пізнавальних дій,

використовують *вступну бесіду* або *бесіду-повідомлення*, яка базується на спостереженнях, певних документах тощо.

Незалежно від мети *методика бесіди* складається з таких частин:

- *вступної* – де тренер має нагадати і повідомити основну інформацію стосовно теми тренінгу;
- *основної* – де слід здійснити ознайомлення з новою інформацією стосовно проблематики тренінгу, провести її аналіз та спільне обговорення;
- *заключної* – яка зазвичай містить підсумок результатів обговорення і рекомендації щодо застосування набутих знань у практичній діяльності учасників.

Результативність бесіди безпосередньо залежить від уміння педагога правильно сформулювати запитання. К.Д. Ушинський писав: “Вміння ставити запитання і поступово підсилювати складність відповідей є однією з головних і необхідних педагогічних навичок”. Зміст запитання повинен зачіпати емоційно-мотиваційну сферу учасників. Слід зауважити, що у вступі тренінгу доцільно використовувати лише першу частину цього методу.

Також у вступі визначається тематика тренінгу, час його проведення тощо. У разі, коли тренінг проводиться в рамках навчального процесу в школі або вищому навчальному закладі, оптимальний час для нього має становити дві академічні години для школи і чотири – для ВНЗ.

Наступним кроком може бути **знайомство (вітання)** учасників тренінгу. Враховуючи те, що при проведенні тренінгів у школах і ВНЗ учасники знають один одного, то знайомство може відбутися у вигляді психогімнастичної вправи, спрямованої на створення невимушеної, дружньої, привітної атмосфери в групі з відчуттям взаємної симпатії.

Завдання знайомства полягає у тому, щоб:

- 1) допомогти учасникам тренінгу уявити себе в безпечному середовищі;
- 2) дати можливість поліпшити стосунки в групі;
- 3) дозволити учасникам побачити усі свої сильні сторони й можливості і цим допомогти їм здобути навички позитивної самооцінки;
- 4) дозволити побачити можливості власного зростання і впевнитись у тому, що всі учасники мають багато спільного, хоча і відрізняються один від одного;
- 5) допомогти зрозуміти, що поруч присутні люди, на яких можна покластися.

Наприклад, для проведення цього етапу можна скористатися такими вправами:

**“Вітання”.** Тренер має запропонувати учасникам написати на бейджиках своє ім'я (або псевдонім). Розпочинати вправу тренер повинен, вітаючись зі своїм сусідом зліва словами: “Доброго ранку... (ім'я учасника), бажаю тобі ... (гарного настрою, мати завжди гарний вигляд і провести час на тренінгу з користю для себе тощо). І далі це мають зробити усі учасники по черзі, доки привітання не дійде до тренера.

**“Знайомство”.** Групу незнайомих людей можна познайомити, об'єднавши їх у пари і запропонувавши дізнатися за п'ять хвилин якомога більше одне про одного (ім'я, де вони навчаються або працюють, хобі, щось цікаве з біографії). Відтак, учасникам потрібно по черзі представити своїх партнерів у вигляді позитивної реклами.

На великому аркуші паперу кожному учаснику по черзі потрібно записати своє ім'я і розповідати, чому його так назвали.

Один учасник має назвати своє ім'я, наступний - спочатку повторити це ім'я, а потім сказати своє. Третьому учаснику потрібно повторити перші два імені, потім назвати своє. Решта називають ім'я попередніх і своє.

Потрібно взяти клубок ниток, який учасники кидатимуть один одному в довільному порядку, і той, хто упіймає його, розповідатиме щось про себе. Потім павутиння, що утворилося, розплутують у зворотному порядку, називаючи ім'я людини, якій кидають клубок. Таку вправу можна виконувати і з м'ячем.

Кожному з учасників необхідно розписати своє ім'я у стовпчик і навпроти кожної літери написати слово, яке починається з цієї літери і характеризує його особистість.

Наприклад, ВІКТОР:

- Вольовий
- Ініціативний
- Красномовний
- Терплячий
- Оригінальний
- Рішучий.

Після цього, по черзі, потрібно зачитати написане. Тренеру слід пам'ятати, що під час виконання цієї вправи критика є недоречною. Навіть якщо не надто старанний учасник назвав себе працюючим, це свідчить про те, що він хотів би таким стати. Тому не варто критикувати його та дозволяти сміятися іншим, а, навпаки, необхідно підтримати це бажання.

Якщо учасники давно знають один одного, доцільно попросити їх розповісти кумедний випадок зі свого життя або те, що найбільше запам'яталося з дитинства, про свою родину, найкращого друга, улюблену книгу, фільм. Можна запропонувати продовжити фразу: “У людях я найбільше ціную те...” або “Моє життєве кредо – це...”.

**“Кошик для сміття”.** Коли в колективі встановиться доброзичлива і дружня атмосфера, можна запропонувати учасникам відкрити себе з іншого боку. Наголосивши на тому, що кожна людина є неповторною особистістю, проте не ідеальною, що кожен з учасників тренінгу напевно хотів би щось змінити у собі: якусь рису характеру, звичку або іншу ваду. Запропонувати учасникам продовжити фразу: “Я хотів би викинути у кошик для сміття...”.

**“Інтерв’ю”.** Об’єднавши учасників тренінгу парами, необхідно запропонувати їм взяти один у одного інтерв’ю (ідеально, коли це відбувається під час перерви на каву, за умов неформальної обстановки). Можна видати кожній парі бланк із варіантами запитань для інтерв’ю (*додаток 1.1*).

Необхідно роздати кожному учаснику по аркушу паперу та пояснити, що слід продумати та намалювати свій родинний герб. Форма герба довільна, заповнити її можна за наступною схемою:

- *поле “1”* – рисунок, що характеризуватиме образ вашої сім’ї;
- *поле “2”* – рисунок, що характеризуватиме девіз вашого життя;
- *поле “3”* – рисунок, що характеризуватиме мрії, цілі вашого життя.

Після закінчення презентації учаснику, про якого розповідали, слід виставити перед собою родинний герб. Герб не презентується, всі герби вивішуються на стінах для загального ознайомлення. Можна зробити виставку робіт у фойє навчального закладу тощо.

**Прийняття правил роботи групи.** Для результативності й ефективності тренінгу необхідно не тільки створити атмосферу відкритості та привітності з відчуттям взаємної поваги та симпатії, а й спробувати досягти обстановки дружнього співробітництва за обов’язкової умови свідомого виконання учасниками певних правил, зрозумілих і добровільно прийнятих кожним з них, чи принаймні більшістю. Правил, які допомагатимуть створити атмосферу довіри і підтримки, де кожен учасник може виражати свої почуття, висловлювати власні думки без побоювань; формувати навички спілкування, обговорення, вирішення проблеми, участі у спільному відпрацюванні рішень, бути здатним дивитися на ситуацію з погляду іншої людини. Зробити це можна, використовуючи такі вправи:

**“Сонечко”.** Кожному учаснику потрібно видати кілька маленьких клейких папірців жовтого кольору, де запропонувати написати, одну чи кілька умов співпраці (кожну на окремому папірці), необхідних саме йому для ефективної роботи в групі. Після чого, об’єднавши учасників у малі групи (*див. “Розподіл учасників на малі групи”*), дати кожній такі завдання:

а) на великому аркуші паперу намалювати сонечко, а потім у вигляді променів прикріпити до нього папірці з написаними умовами. В одному промені – пропозиції умов, що збігаються за змістом;

б) переформулювати пропозиції умов у вигляді норм поведінки (правил), необхідних на тренінгу. Записати їх під відповідним променем.

Потім прийняти правила для всіх учасників групи: обговорити кожне з них – що воно означає, для чого потрібне. Тільки після того, як уся група прийме правило, тренеру доцільно записати його на аркуші паперу фломастером червоного кольору (*додаток 1.2*).

Окрім форми “Сонечка” прийняті групою правила можна художньо оформити, записавши їх на намальованих пелюстках квітки. “Квітки” з правилами варто прикріпити на видному місці. Вони мають знаходитись там до кінця заняття, щоб можна було в разі потреби посилатися на необхідне правило.

Для економії часу можна дещо змінити вправу і запропонувати учасникам лише вибрати і затвердити набір відповідних правил зі заздалегідь підготовленого тренером списку варіантів правил роботи в групі. (Наприклад, тих, що розглядалися вище).

**“Параграф”** Учасникам необхідно пояснити, що для ефективної роботи аудиторія повинна прийняти набір певних правил, після чого слід поділити всіх присутніх на п'ять-шість груп (*див. “Розподіл учасників на малі групи”*). Кожній групі видати бланк “Параграф” (*додаток 1.3*), в якому учасники, після обговорення, запишуть ті правила, дотримуватися яких, на їх думку, необхідно під час роботи.

Після обговорення і прийняття правил проводять презентацію за таким принципом: першою зачитує одне правило та група, яка раніше впоралася з поставленим завданням. Наступна група оголошує вже інше правило і т.д. Кожне нове правило не повинно повторювати те, про що вже наголосили. Якщо після виступу всіх груп по одному разу в деяких з них залишилися неоголошені правила, то їх зачитують в порядку черги.

При оголошенні кожного правила тренер повинен запитати в усіх присутніх, чи є в кого-небудь доповнення до цього правила. Якщо ні, то тренер або його помічник (модератор) записує прийняте правило на аркуші ватману або фліп-чарті.

Доцільно наприкінці вправи провести обговорення, використовуючи такі запитання: *Чи всі присутні згодні виконувати прийняті правила? Для чого нам потрібні правила?*

**Очікування і побоювання.** Після привітання, оголошення мети тренінгу й прийняття правил доцільно звернутися до учасників з проханням висловити свої очікування. Висловлюватись можна усно методом мозкового штурму, або використовуючи вправу *“Наші сподівання”*, яка дає можливість учасникам зрозуміти і сформулювати результати, яких вони досягнуть, взявши участь у тренінгу. Поінформованість про результати навчання допомагає учасникам тренінгу перебороти недовіру, скепсис або ворожість і створює високу мотивацію. У результаті виконання цієї вправи присутні усвідомлюють, на що спрямовується тренінг, і що очікується від них самих, також зосереджується їхня увага на тому, що першим етапом у реалізації планів має стати усвідомлене, чітке формулювання мети і завдань. Зазвичай кожен тренер використовує оригінальний спосіб виконання цього завдання, наприклад, за допомогою таких варіантів вправи:

**“Гора”.** Необхідно намалювати на великому аркуші паперу гору, а очікування учасників, записані на клейких папірцях, розмістити біля її підніжжя. По закінченні тренінгу запропонувати учасникам проаналізувати, які сподівання справдилися, і перенести їх на вершину цієї гори.

**“Гриби”.** Інший варіант – гриби, що ростуть навколо кошика. Потрібно намалювати кошик, а очікування учасників, записаних на розданих їм раніше окремих аркушах у формі грибів, розмістити навколо кошика.

Наприкінці тренінгу запропонувати учасникам сподівання, що справдилися, “скласти” до кошика.

**“Пташки”**. Ще один варіант – очікування слід записати на пташках, які літають навколо дерева, намальованого на аркуші паперу, а по закінченні тренінгу “сідають” (або не “сідають”) на нього.

**“Човники”**. Очікування пропонують записати на човниках. На аркуші паперу малюють річку з двома берегами. Човники прикріплюють поблизу берега сподівань. Наприкінці тренінгу сподівання, які справдилися, переносять до берега звершень.

Допомогти учасникам визначитися із власними очікуваннями від тренінгу й побоюваннями та абстрагуватися від поточних проблем і турбот, що не стосуються теми зустрічі може наступна вправа:

**“Очікування-побоювання”** необхідно роздати кожному учаснику бланки *“Зірка”*, *“Цеглина”* та *“Годинник”* (додаток 1.4) та запропонувати заповнити їх за наступною схемою:

*“Зірка”* – символізуватиме надії та очікування учасників від тренінгу, інформацію стосовно питань, які їх цікавлять.

*“Цеглина”* – символізуватиме побоювання та стурбованість учасників тренінгу стосовно його програми та кола питань, що будуть розглянуті.

*“Годинник”* – символізуватиме “втрати” учасників, а саме, важливі справи, які вони мали відкласти для того, щоб прийти на тренінг.

(Кількість очікувань, побоювань та втрат, записаних на кожному бланку, має бути не більше трьох).

Після заповнення всіх бланків, учасникам пропонується по черзі (по колу) вийти у центр кімнати і презентувати свої думки та обов’язково прикріпити свої підписані бланки до відповідних таблиць “Очікування”, “Побоювання”, “Мій час”, які готує і вивішує тренер під час заповнення бланків. Після того, як усі учасники прикріпили свої бланки до відповідних таблиць, тренер повідомляє аудиторії, що вони повернуться до їх аналізу під час підведення підсумків тренінгу.

## **ОСНОВНА ЧАСТИНА ТРЕНІНГУ**

Успішність навчання залежить від правильного визначення тем (питань), які необхідно включити до програми тренінгу і того, яким чином їх висвітлювати в основній частині. Теми, які включаються до тренінгу, визначаються його завданнями і змістом та з’ясовуються відповідно до них. Є декілька загальних правил проведення основної частини:

1. Тренер повинен мати всі необхідні матеріали для проведення тематичного тренінгу. Він повинен відчувати себе компетентним і впевненим у ролі ведучого.
2. З наявної інформації необхідно вибрати основну, що відповідає кінцевій меті тренінгу, і забезпечити постійне звертання учасників до цієї інформації впродовж усього проведення (рефлексію).

3. Необхідно розподілити інформацію на 3 групи: 1) питання, які учасники *повинні* знати – це завдання, які потребують вирішення для досягнення мети тренінгу; 2) питання, які учасникам *потрібно* знати – інформацію, яку слід розглянути хоча б коротко, або, якщо дозволяє час, – детально обговорити; 3) питання, які учасники *можуть* знати – інформацію, яку слід дати для самостійного ознайомлення після проведення окремої справи, у вигляді дидактичного матеріалу.

4. Відповідно до завдань тренінгу необхідно чітко розподілити час на кожне питання, щоб повністю розкрити їх.

5. Необхідно організувати весь матеріал у логічну послідовність, щоб вкластися у відведений час. Логіка викладення матеріалу має відповідати принципам навчання. Нова інформація повинна утворювати смислові асоціації зі знаннями, засвоєними учасниками раніше, та ускладнюватися поступово – від простого до складного, від відомого до невідомого, від близького до далекого, від легкого до важкого, від конкретного до абстрактного. При розкритті питань необхідно використовувати різні методи навчання, віддаючи перевагу методам активізації навчально-пізнавальної діяльності.

*Методи активізації навчально-пізнавальної діяльності (за В.В. Ягуповим) – це сукупність прийомів і способів психолого-педагогічного впливу на учнів, що (порівняно з традиційними методами навчання) першою чергою спрямовані на розвиток у них творчого самостійного мислення, активізацію пізнавальної діяльності, формування творчих навичок та вмінь нестандартного розв'язання певних професійних проблем і вдосконалення навичок професійного спілкування.*

Деякі автори, наприклад Ю.К. Бабанський, цю групу методів визначають як **активні методи** навчання чи **методи активного навчання**. За кордоном використовується термін – **інтерактивні методи навчання**.

Із педагогічної практики відомо, що ефективність навчання учнів суттєво знижується, коли використовуються пасивні методи дидактичного впливу, відсутній діалог між педагогом і учнем. Тому з метою формування особистості учня в навчальному процесі сучасна дидактика рекомендує збагачувати традиційні методи навчання такими прийомами та способами, які сприяли б формуванню в суб'єктів учіння мотивації до учіння, майбутньої професійної діяльності та змістовних життєвих настанов, високого рівня активності й емоційної заангажованості в навчально-пізнавальній діяльності, створенню умов для активного самос-



тійного набуття учнями загальнонаукових та професійних знань, навичок та вмінь.

Основними факторами, які сприяють творчому ставленню учнів до дидактичного процесу і його результатів, є:

- особистий інтерес;
- нестандартний характер навчально-пізнавальної діяльності;
- суперництво;
- ігровий характер занять;
- емоційність;
- проблемність;
- ефективність навчання.

**Оцінка рівня інформованості учасників тренінгу.** Щоб не повторювати вже добре відому учасникам інформацію, розпочинати проведення основної частини тренер має вправами, які допомагають з'ясувати рівень знань учасників стосовно проблем, що розглядатимуться на тренінгу. Для цього він може використати такі методи активізації навчально-пізнавальної діяльності:

**Інтелектуальна розминка.** Проводиться протягом 10-15 хвилин у швидкому темпі у формі експрес-опитування: тренер звертається до учасників із запитаннями, на які вони повинні дати коротку, але конкретну і змістовну відповідь.

Дидактична цінність методу полягає в тому, що він дозволяє швидко озвучити значний обсяг інформації, допомагає актуалізувати знання учасників і формує інтерес до подальшої роботи.

**Сократична бесіда.** Цей метод спрямовується на формування вмінь творчо мислити, дає змогу виявити певні прогалини в знаннях учасників, підвищує інтерес до професійної діяльності чи певного навчального предмета, сприяє активному набуттю знань, формує навички творчого мислення і самостійної роботи, розвиває критичне мислення та вміння аргументовано відстоювати власну думку, вчить полемізувати.

Сократична бесіда здійснюється шляхом постановки тренером перед учасниками тренінгу певних запитань у чіткій логічній послідовності так, що вони повинні давати не готові відповіді, а аналізувати певні факти і явища та водночас висловлювати власні погляди. Тренер, критично оцінюючи відповіді, повинен спрямовувати бесіду в потрібне русло, заохочуючи учасників до нестандартного ставлення до проблеми та активної участі в бесіді. Якщо учасниками тренінгу є учні, то цей метод розвиває в них навички дослідницької діяльності.

Використовувати на практиці описані вище методи ми пропонуємо у вигляді таких вправ:

**“Штурм”.** Тренеру перед початком тренінгу потрібно підготувати список запитань з окремої тематики, рівень знань з якої він прагне з'ясувати.

Опитування групи слід проводити за такої умови: учасник повинен відповідати на запитання без права на обдумування і одним або двома словами, першими, які спали на думку. Після опитування доцільно підвести підсумки і зробити висновок.

**“Кордон”.** Учасникам тренінгу необхідно запропонувати зайняти свої місця на “кордоні” або нейтральній смузі, якою ділять кімнату на зони “ТАК” і “НІ”. Тренер має по черзі оголошувати твердження зі списку, заздалегідь підготовленого з окремої тематики, рівень знань з якої бажає з’ясувати. А учасники - займати ту або іншу зону аудиторії в залежності від того, погоджуються вони з цим твердженням, чи ні. Після опитування доцільно підвести підсумки.

Доповнити цю вправу можна, розподіливши учасників на малі групи і запропонувавши кожній з них підготувати висновок стосовно причини-наслідку одного з вищерозглянутих тверджень з подальшою презентацією своїх міркувань.

**“Анонімка”.** Це ще один спосіб дізнатися про “білі плями” в знаннях учасників. Тренер може запропонувати їм написати анонімно на аркуші паперу запитання, що їх цікавлять і стосуються теми тренінгу. Відповіді на ці запитання можуть скласти основний обсяг інформаційного блоку.

**“Тому що ...”** Сократична бесіда. Може бути проведена у формі вправи, коли тренер висловлює певне твердження і закінчує його словами: “Це правильно, тому що...” або “Це неправильно, тому що...” і пропонує учасникам продовжити думку. Необхідно давати оцінку висловлюванням учасників, направляючи відповіді в потрібному напрямку.

**Актуалізація проблеми.** Цей етап проходить червоною ниткою через весь тренінг. Тренер може використовувати його для того, щоб збуджувати в учасників інтерес до проблеми, яка розглядається, формувати у них мотивацію до зміни поведінки, а також для того, щоб вони усвідомили всю значимість цієї проблеми.

Основне завдання цього етапу – зробити проблематику тренінгу актуальною для кожного з учасників. Етап можна провести за допомогою таких методів:

**Лекція-бесіда “діалог із слухачами”** – є найбільш поширеною й порівняно простою формою активного залучення учасників тренінгу до навчального процесу прийомом несподіваних запитань до аудиторії. Запитання носять інформаційний характер і спрямовуються не на контроль, а на з’ясування думок і рівня поінформованості учасників з проблеми, що вивчається, на актуалізацію знань, необхідних для її розуміння, та визначення ступеня готовності до сприйняття матеріалу тренінгу.

Лекція-бесіда може перерости в **лекцію-дискусію**, яка передбачає активний обмін думками в інтервалах між логічним викладом матеріалу. Це, безперечно, поживляє тренінг, активізує пізнавальну діяльність учасників, дає можливість тренеру управляти колективною думкою групи.

*Для виникнення діалогу тренеру слід виконувати ряд вимог:*

- вступати в контакт з учасниками не як особа, яка все знає, а як співрозмовник, який хоче обмінятися своїми думками щодо проблеми тренінгу, власним баченням шляхів її розв'язання;
- визнавати право учасника на власний погляд щодо проблеми й бути зацікавленим в існуванні цієї думки;
- доводити істинність нових знань не силою особистого чи іншого авторитету, а шляхом обґрунтованих міркувань;
- надавати учасникам можливість ознайомитися з різними поглядами щодо проблеми, показувати її розвиток і обґрунтовувати правильний шлях її розв'язання;
- робити учасників тренінгу активними співучасниками спільного процесу наукового пошуку розв'язання проблеми;
- шанобливо ставитись до думок учасників, створювати атмосферу співробітництва, невимушеності.

*Лекція-аналіз конкретної ситуації* нагадує *лекцію-дискусію*, тільки на обговорення тренер виносить не питання, а конкретну ситуацію. Це так звані мікроситуації, які демонструються аудиторії усно або у вигляді відеозапису, діафільму тощо. Її виклад має бути коротким, але суттєвим і змістовним, щоб його вистачило для всебічного обговорення. Учасники цю мікроситуацію аналізують всією групою. Тренер активізує цей діалог за допомогою спеціально спрямованих запитань, підказок, зіставленням різних поглядів, а іноді й їх зіткненням. Після цього він, спираючись на правильні та обґрунтовані відповіді, міркування і судження, аналізує цю ситуацію, надає переконливі докази щодо хибних думок і аргументовано підводить групу до колективного рішення чи висновку.

Актуалізувати проблематику тренінгу на нашу думку можна:

- задавши аудиторії такі запитання: “Що для вас значить..?”, “Що ви відчуваєте, коли чуєте слово..?”, “Ви чи ваші знайомі стикалися з..?”, “Що ви відчували, коли..?” тощо;
- запропонувавши учасникам розповісти якусь історію, що відбулася з ними чи їхніми знайомими, пов'язану з темою тренінгу, та поділитися враженнями, які виникали у них під час розповіді.

\*\*\*

**Інформаційний блок. Набуття практичних навичок.** Інформаційний блок, етапи актуалізації і вироблення навичок мають досить пластичну структуру. Вони не обмежуються чіткими часовими рамками і обов'язковою послідовністю проведення, можуть накладатися один на одного або відбуватись паралельно. Завдання тренера – так подати інформацію, щоб учасники тренінгу змогли її сприйняти і усвідомити.

Доведено, що 87% інформації людина отримує за допомогою зорових відчуттів, а 9% – за допомогою слуху. З побаченого запам'ятовується 40%, з почутого – 20%, а з одночасно побаченого і почутого – 80% інформації. З прочитаної інформації запам'ятовується 10%, з почутої – також 10%, а коли ці процеси відбуваються одночасно – 30%. Якщо застосовуються аудіовізуальні засоби, то в пам'яті залишається 50% інформації, а час навчання скорочується на 20-40%. Цих прикладів достатньо, щоб обґрунтувати необхідність під час проведення тренінгу одночасно зі словесними використовувати *наочні методи навчання*, які, спираючись на різноманітні способи спостереження процесів, явищ, предметів і дій, впливають на зорові рецептори. Адже наочне пізнання випереджає словесне.

Серед наочних найчастіше застосовується метод показу.

**Показ** – це навчальний метод, що являє собою сукупність прийомів, дій і засобів, за допомогою яких створюється наочний образ предмета, котрий вивчається, формується конкретне уявлення про нього.

*Ефективність показу забезпечується дотриманням таких методичних умов:*

- чіткого визначення мети і предмету показу;
- зосередження та постійного підтримання уваги щодо предмету показу або певного його елемента;
- забезпечення оптимальних умов спостереження для всіх учасників показу;
- забезпечення загального показу усіх елементів предмету, а потім повторення його окремих елементів з акцентуванням уваги на ключових моментах;
- відповідності темпу пояснення швидкості демонстрації;
- відповідності елементів показу методиці та змісту заняття (не рекомендується вивіщувати або виставляти задалегідь наочні засоби навчання);
- відповідності способів показу змісту інформації, що висвітлюється;

- умотивованості, диференційованості і комплексності застосування методу показу.

Ефективним під час проведення тренінгу є показ тематичних науково-популярних фільмів, або фрагментів художніх фільмів, що відображають проблематику тренінгу.

Суттєво допомагають закріпити і поглибити знання, отримані під час вступної частини тренінгу, актуалізації його проблематики та інформаційного блоку, *імітаційні (ігрові та неігрові) методи* активізації навчально-пізнавальної діяльності учасників.

*Ігрові методи* (розігрування ролей і ділові ігри різних модифікацій) заповнюють ту прогалину в навчальному процесі, яку не можуть компенсувати інші методи, але не замінюють останніх. Ігровий характер навчально-пізнавальної діяльності дає змогу ознайомитися зі специфікою і особливостями певної професійної діяльності, а також сприяє відчуттю своєї ролі в ній. Окрім того, вони суттєво допомагають закріпленню й поглибленню знань, отриманих під час бесід, лекцій, розповідей, удосконаленню практичних навичок та вмій, їх застосуванню, творчому використанню у вирішенні професійних проблем, створенню умов для активного обміну досвідом.

Основна функція цих занять полягає в навчанні шляхом дій (чим ближча ігрова діяльність учасників до реальної ситуації, тим вища її навчально-пізнавальна ефективність).

Основними *різнovidами ігрових імітаційних методів* активізації навчально-пізнавальної діяльності є метод інсценування і ділові ігри.

**1. Метод інсценування** має багато спільного з театром, який викликає сильні почуття і, відповідно, впливає на емоційно-вольову сферу особистості. Являючись одним із найдавніших методів навчання, він є найбільш ефективним і на сьогодні, бо забезпечує умови максимального наближення дидактичного процесу до дійсності. Тому тренінг методом інсценування рекомендується проводити здебільшого під час розгляду ситуацій, в основу яких покладено проблеми взаємовідносин у колективі однолітків, а також під час вивчення тем, що стосуються вдосконалення реакцій поведінки, стилю взаємин з людьми різного віку і соціального статусу тощо.

*Інсценування заняття* може здійснюватися так:

- ролі розподіляються між окремими учасниками, а інші виконують роль активного глядача або функції “арбітра”;
- учасники розподіляються на невеликі групи. Кожна група виконує роль певної посадової особи, учасника ситуації та ін. Спочатку вони активно дискутують у цих групах над розв’язанням дидактичної проблеми, після чого представни-

ки груп пропонують усім учням для дискусійного обговорення свій варіант.

Тренер повинен вміло підійти до вибору конкретної ситуації: по-перше, її необхідно брати із практики; по-друге, вона має входити до кола інтересів учасників певного віку; по-третє, бути цікавою за змістом і нестандартною за характером вирішення. Через те він повинен вдумливо опрацювати конкретну дидактичну ситуацію і чітко розподілити ролі згідно з “функціональними обов’язками” і характером діяльності учасників. Дидактичну проблему, що підлягає інсценуванню, потрібно докладно описати з чіткими загальними та індивідуальними інструкціями. Ці описи повинні бути об’єктивними, без будь-якого критичного аналізу й оцінкових фактів, але з усіма необхідними елементами, які допоможуть учасникам з’ясувати сутність проблеми.

Визначенню цих аспектів і недопущенню певних організаційних і методичних помилок сприяє докладний план інсценування, де тренер передбачає свої дії та дії учасників заняття, розписує ці дії в часі.

Одним з варіантів методу інсценування є інтерактивна методика “*Театр Форум*”. Ця форма театралізованої дії була запроваджена бразильським театральним режисером Августо Боалом. Сутність методики полягає в розвитку здатності розуміти проблеми іншої людини без слів, базуючись на емоційному сприйнятті її поз та рухів. “Театр Форум” – це частина широкого напрямку, який називається “Театр пригнічених”. На думку його творця “Він повинен і може бути способом перетворення суспільства. Театр може допомогти нам будувати наше майбутнє, а не чекати, поки воно настане”.

Заняття з використанням методики “Театру Форуму” проводиться наступним чином:

- тренер розподіляє учасників на малі групи і пропонує їм передати позою певний негативний емоційний стан людини або зіграти маленьку сценку за участю 2-3 учасників, в якій відобразити певну проблемну ситуацію. Наприклад: стан пригнічення, який виникає в людини, що зазнала насильства; ситуація психологічного тиску з боку іншої людини тощо;
- кожна мала група демонструє свій варіант, а далі учасники вибирають найкращий;
- тренер пропонує всім взяти участь у вдосконаленні запропонованої театральної дії шляхом її багаторазового програвання;
- далі учасники обговорюють те, що побачили і пропонують шляхи виведення людини з пригніченого стану, або виходу

з проблемної ситуації. При цьому бажаним варіантом є безсловесний показ свого рішення.

*Основна мета* – знайти вихід із складної ситуації, базуючись на досвіді учасників, і показати, що такий вихід є у більшості випадків.

Впровадження методики в Україні здійснюється тренерами з Англії за допомогою представництва “Британської Ради”.

**2. Ділові ігри** мають багато різновидів, спільною рисою яких є елемент гри. Автор першої теорії ігор Ф. Врубель вважав гру виявом потреби самовираження дитини. Також відомі теорія відпочинку після неігрової діяльності М. Лазаруса, теорія надміру енергії Г. Спенсера, теорія підготовки до праці С.Л. Рубінштейна. В останні роки концепція ділової гри має тенденцію інтенсивно розвиватися.

Під час ділової гри особлива увага приділяється формуванню навичок і вмій ухвалення рішень за умови взаємодії, суперництва і конкуренції між активно діючими особами. В ділових іграх учасники мають можливість виконувати ролі протиборчих чи взаємодіючих сторін у певних ситуаціях. Проте ці ситуації розглядаються у динаміці їх вільного розвитку.

Сутність ділової гри полягає у відтворенні предметного і соціального змісту певної діяльності, моделюванні основних умов і системи відносин, характерних для неї. Вони розгортаються на імітаційній моделі, що відтворює динаміку цього виду діяльності.

Спрощено ділова гра може проходити так: її учасникам рекомендується взяти участь у розв’язанні конфліктної ситуації, що склалася, і на основі інформації, яка є на даний час, прийняти обґрунтоване оптимальне рішення. Під час його ухвалення ситуація постійно змінюється під впливом середовища, внаслідок дій тренера.

Після цього прийняте рішення підлягає всебічному аналізу з метою виявлення його обґрунтованості, відповідності ситуації, нарешті, його оптимальності. Ухвалене рішення і його аналіз надають можливість оцінити конкретні дії учасників цієї гри, проаналізувати хід їхніх міркувань і опрацювати певний алгоритм дій у стандартних ситуаціях, а також сприяють формулюванню певних правил ефективного діяльності в екстремальних умовах, розвиткові евристичного мислення під час вирішення складних завдань, кращому розумінню логіки дій інших людей і на основі цього спонукають діяти більш цілеспрямовано і рішуче.

Методика проведення професійних ігор має різнобічний характер. Але у будь-якому разі ігри проводяться за певною моделлю, що складається з таких етапів:

*Підготовка учасників гри, яка включає:*

- визначення теми гри і опрацювання проблемної ситуації;
- формулювання основної мети гри і встановлення її правил;

- опрацювання конкретних завдань щодо визначення її форм;
- затвердження організації гри та форми її проведення;
- визначення посадових осіб, ролі яких будуть виконуватися під час гри;
- моделювання навчальної ситуації на основі заздалегідь опрацьованих матеріалів;
- видача учасникам гри, експертам та іншим особам пакету документів і матеріалів, необхідних для вирішення дидактичної проблеми.

*Вивчення ситуації, інструкцій, настанов і низки інших матеріалів, які потрібні для розв'язання навчальної проблеми, містить:*

- вивчення інструктивних матеріалів;
- збирання додаткової інформації та її систематизація;
- отримання інформації у тренера, експертів;
- здійснення певних контактів між учасниками ігор в разі необхідності;
- опрацювання необхідних документів і підготовка навчально-методичної бази.

*Аналіз, обговорення та оцінка результатів гри.* На цьому етапі здійснюється:

- обмін думками;
- дискутування;
- захист учасниками гри своїх рішень і висновків;
- остаточний підсумок результатів гри.

Використання ділових ігор є особливо ефективним для формування підходів до вирішення соціально важливих питань (наприклад, проблеми подолання епідемії ВІЛ/СНІД) за участю представників різних державних і недержавних організацій.

До імітаційних *неігрових методів* навчання відносять наступні:

**1. Аналіз конкретної ситуації.** Перші приклади використання цього методу можна знайти ще у педагогів стародавнього Риму. Наприклад, від учнів, які вивчали право, вимагали доведення особистих поглядів на основі аналізу певних судових прикладів.

Аналіз конкретної ситуації, в основі якої лежить певна проблема, відрізняється від традиційних методів навчання тим, що практичних навичок учасники тренінгу набувають за допомогою реальних прикладів із життя країни, класу, школи, або певної життєвої ситуації. На основі цього відбувається дискусія, що сприяє вирішенню суттєвої ситуаційної проблеми.

Характерною особливістю цього методу є те, що учасникам пропонується більш чи менш складна ситуація, для вирішення якої немає повного обсягу інформації, але водночас воно є обов'язковим. Спираючись на індуктивний і дедуктивний методи



розв'язання різноманітних складних ситуацій, цей метод створює вигідні умови для набуття і розвитку вмінь аналізувати та ухвалювати обгрунтовані рішення в різних сферах діяльності.

Активізуючи творче мислення під час всебічного аналізу конкретної ситуації, цей метод спонукає учасників до творчої дії та колективного самовдосконалення.

Залежно від дидактичної мети можна провести заняття, застосовуючи такі різновиди методу аналізу конкретної ситуації:

**2. Розв'язання ситуаційних задач – метод аналізу** – один із ефективних методів навчання. Безперечно, не кожен ситуацію можна розглядати як ситуаційну задачу. Така ситуація, окрім матеріалу для аналізу, має обов'язково містити і проблему, що потребує вирішення. Тільки у такому разі її використовують як навчальний матеріал для вдосконалення професійних знань, навичок та вмінь у прийнятті рішень.

Розв'язання ситуаційних задач проводиться за певною моделлю, яка складається з таких етапів:

*Введення в задачу*, під час якого тренер презентує ситуаційну задачу за допомогою слова, фільму, прикладу, малюнка тощо. Іноді задачу можуть описувати спеціально запрошені особи. Ця частина може займати від 15-20 хвилин до однієї навчальної години, залежно від складності ситуаційної задачі.

*Вивчення ситуації та підготовка рішення:*

- учасники вивчають і аналізують ситуацію, звертаються до тренера за додатковою інформацією;
- проводять дискусії щодо суті ситуації та ймовірних шляхів її вирішення;
- формулюють оптимальне рішення, використовуючи довідкову літературу, особистий досвід та професійні знання.

*Групова дискусія.* Від уміння педагога керувати ходом дискусії залежить кінцевий результат цього заняття. Тому він повинен знати основні вимоги до ведення дискусії та вміти добре управляти, не беручи в ній безпосередньої участі. Інакше кажучи, дискутувати повинні учасники, а не тренер. Основне достоїнство дискусії полягає в тому, що вона шляхом правильно організованого обговорення дає змогу виявити різні погляди на ситуацію, яка аналізується, і цим забезпечити її об'єктивний аналіз.

Групова дискусія має три фази:

- визначення спрямованості обговорень та характеру дискусії. Спершу окреслюється одна або кілька проблем, відбувається обмін думками, визначаються мета і вимоги щодо розв'язання задачі. Виявляти та аналізувати проблеми, вибирати методи учасники мають самі. Тренер повинен лише надати їм необхідну допомогу. Основна його роль – в

управлінні ходом дискусії. Якщо обговорення ситуаційних задач відбулося в малих групах, то у цій фазі доповідаються результати їх роботи;

- обговорення прийнятих рішень, їх оцінка з урахуванням вимог, визначених у першій фазі. Учасники можуть ставити додаткові чи уточнюючі запитання до представників груп. Головна функція тренера – створення умов для всебічного аналізу всіх запропонованих варіантів вирішення проблеми, пошуку його найбільш оптимальних шляхів і прийняття обґрунтованого рішення. Тому найважливіше в цій фазі – характер і атмосфера дискусії, створення умов для висловлювання учасниками своїх поглядів, заохочення нестандартних варіантів розв’язання задачі. Тренер, коли є така необхідність, повинен спрямувати хід дискусії в потрібне русло, надати їй цілеспрямованості та змістовності. Але у будь-якому разі він не повинен “гасити” атмосферу співробітництва, вільного висловлювання думок та не допускати висміювань і негативних оцінок цих думок;
- остаточне формулювання групового рішення. Учасники на основі попередніх обмірковувань і обговорень ухвалюють рішення, яке задовольняє більшість і оптимально розв’язує проблему.

Заключний етап розв’язання ситуаційних задач передбачає *підсумовування тренером ходу і результатів усього обговорення*. Коли підсумки не підведені, або це зроблено неякісно через відсутність часу чи з інших причин, можна вважати, що не досягнуто ні дидактичної, ні виховної мети.

**3. Розбір інцидентів (явищ) – метод інцидентів** – спрямовано на вдосконалення умінь певних посадових осіб, з одного боку, прийняти обґрунтоване рішення в умовах недостатку інформації, а з іншого – зібрати й раціонально використати необхідну для цього інформацію. Учасники отримують лише коротке письмове або усне повідомлення про інцидент, але цього не достатньо для прийняття обґрунтованого рішення. Вони змушені шукати додаткову інформацію, звертаючись при цьому до тренера.

Отримавши необхідну і достатню, на їхню думку, інформацію, учасники можуть проаналізувати інцидент у невеликих (3-5 осіб) групах, прийняти відповідне рішення й запропонувати його для обговорення.

Відомо, що вміння ставити правильні й суттєві додаткові запитання, щоб отримати на них обґрунтовані відповіді, – це велике мистецтво. Тому, особливо при роботі з учнями, педагог націлений учити їх формулювати запитання і вміло добирати необхідну інформацію. З цією метою він може провести заняття у таких формах:

- кожне запитання для додаткової інформації обговорюється учасниками і тільки після цього приймається рішення про його доцільність;
- кожна мала група отримує всю інформацію, яку вона просила надати, а під час загальної дискусії оцінюється уміння її використовувати;
- надана інформація оцінюється (у балах) для порівняння її важливості щодо прийнятого рішення (теж у балах). При цьому вартість інформації заздалегідь обговорюється, а оцінюють її учасники колективно.

**4. Розбір конфліктів – метод конфліктів** вимагає від тренера уміння виокремити з практики такі конфліктні ситуації, які мають суттєве значення для учасників і можуть стати змістовним предметом дискусії. Дидактично-виховна цінність цього методу полягає, головним чином у тому, що він сприяє навчанню на конкретних життєвих прикладах шляхом всебічного аналізу і прийняття обгрунтованого рішення в обмежений термін часу і за відсутності достатньої інформації. Він також вчить відповідальності та формує її під час прийняття рішень щодо різних проблем.

**5. Метод “лабіринту дій”** передбачає отримання учасниками великої кількості подібної інформації. Це може бути докладний опис складного інциденту або ситуаційної задачі. Серед цієї інформації можуть бути як необхідні, так і другорядні відомості, які не стосуються проблеми або не входять до компетенції посадової особи.

Кожний учасник повинен окремо з’ясувати цю різноманітну інформацію, адресувати її відповідним виконавцям, накласти, де необхідно, резолюцію. Йому потрібно на основі розрізної інформації з вивчених документів скласти чітке уявлення про ситуацію, зробити висновки і прийняти всебічно обгрунтоване рішення з метою знайти правильний вихід із складного становища.

Отже, цей метод удосконалює вміння працювати з різноманітною інформацією в умовах обмеженої її кількості та часу, формує навички й уміння правильно оцінити обстановку, вибрати певну лінію поведінки, прийняти правильне і своєчасне рішення.

**6. Метод послідовних ситуацій** включає сукупність кількох взаємозалежних і взаємопов’язаних інцидентів, конфліктів і лабіринту дій. Безумовно, проведення заняття таким методом вимагає високої педагогічної майстерності тренера і наявності професійних навичок в учасників. Цей комплексний метод передбачає оволодіння учасниками спочатку аналізом конкретних ситуацій, і лише згодом – перехід до аналізу послідовних ситуацій.

**7. Метод запитань-відповідей** дозволяє швидко підвести учасників тренінгу до розуміння проблеми. Це процес її

обговорення без попередньої підготовки, тому він має бути керованим і чітко направлятися тренером. Для досягнення позитивного результату необхідно забезпечити виконання наступних умов:

1. Питання чітко продумують і формулюють так, щоб підвести присутніх до розуміння проблеми.
2. У випадку, коли група або хтось із присутніх висловлює помилкове судження, не потрібно йому вказувати на помилку, а через ланцюжок запитань підвести до потрібної відповіді.
3. Варто бути толерантним, визнавати право людини на думку, відмінну від думки групи.
4. Для того, щоб зупинити тих, хто надто багато говорить, поставте їм конкретні й чіткі закриті запитання, на які можна відповісти "так" або "ні". Наприклад:

*Тренер: Тобто ви вважаєте, що ВІЛ-інфікована дитина не може навчатися в загальноосвітній школі?*

*Учасник: Так. Але...*

*Тренер (швидко перебиваючи): Дякую, у кого інша думка ?*

5. Можливий також інший варіант. Якщо хтось говорить занадто довго і часто, подякуйте цій людині і скажіть, що дуже важливо під час тренінгу почути думку всіх присутніх і що саме для цього було прийняте відповідне правило. Попросіть висловитися тих, хто ще не брав слова.
6. Якщо хтось із групи звернувся до тренера з несподіваним запитанням, варто переадресувати його групі. Тільки після того, як відповіді дадуть усі бажаючі, тренер може запропонувати свій варіант. Такий маневр дає можливість обмірковувати відповідь, використовуючи відповіді учасників.
7. Під час обговорення потрібно стежити, щоб не виникали діалоги або дискусії між окремими членами групи. Тренер повинен замикати на себе всі запитання і відповіді, підключаючи до дискусії всю групу.
8. Під час керованого обговорення необхідно уникати дискусій. Дискусія в групі можлива лише за умови обмеження часу її проведення та правильного добору запитань (або аналізу конкретної ситуації), вмілого і цілеспрямованого управління її ходом.
9. Необхідно уникати відповідей на запитання, які виходять за межі компетентності тренера. Якщо тренер не впевнений у правильності відповіді, то таке запитання необхідно зняти або переадресувати його групі, підсумувавши результати обговорення.

**8. Мозкова атака** (англ. *brainstorming*). Метод виник у 30-ті роки ХХ століття як спосіб колективного продукування нових ідей. Деякі дослідники ще називають цей метод *банком ідей*.

Він ґрунтується на груповому формуванні ідеї розв'язання певної задачі. Група, перед якою ставиться задача, висуває якомога більше нових ідей, інколи абсолютно несподіваних, що сприяє створенню атмосфери невимушеності, змагальності та співробітництва. Заохочується будь-яка пропозиція, думка, ідея, забороняється критика і насмішки щодо них. Тільки після зібрання всіх пропозицій починається їх оцінка, яка полягає у всебічному та об'єктивному аналізі всіх пропозицій і виборі найбільш оптимальної з них. Практично немає сфери, де за допомогою цього методу не можна було б розв'язати будь-яку складну проблему. Оптимальна кількість учасників для такого обговорення – 10-15 осіб, однак доцільно його використовувати і в групах з більшою кількістю учасників. У цьому разі слід чіткіше розробляти методику заняття. Тих учасників, які безпосередньо не беруть участі в продукуванні нових ідей, можна використати як експертів, спостерігачів та в інших ролях.

Методика мозкової атаки має кілька етапів:

1. Формулювання проблеми, яку необхідно розв'язати; обґрунтування основних завдань для пошуку рішення; визначення умов групової роботи; встановлення основних правил пошуку рішення і поведінки під час мозкової атаки; формування декількох робочих груп у складі трьох-п'яти осіб і визначення їхніх завдань (розробка критеріїв оцінки і відбору найкращих ідей).
2. Формування навичок швидкого пошуку відповіді на проблемні запитання; вивільнення творчості та ініціативи в учасників; розвиток почуття співробітництва, невимушеності; створення атмосфери змагальності та зняття “психологічних бар'єрів”.
3. Пошук відповідей стосовно конкретної проблеми. Попереднє уточнення проблеми і завдань, нагадування правил гри і поведінки, конкретизація завдань учасників (наприклад, експертної групи, спостерігачів, опонентів).

Продукування ідей має розпочинатись одночасно в усіх робочих групах і тривати до повного їх вичерпання. Кожна робоча група має власних експертів (також можуть бути і спостерігачі, якщо чисельність навчальної групи це дозволяє), які чітко фіксують усі ідеї, що виникають у групі.

Зміст четвертого етапу становлять оцінка і відбір оптимальних ідей експертами. Вони це здійснюють на основі попередньо опрацьованих критеріїв оцінки висунутих ідей. Робочі групи в цей час відпочивають.

На заключному етапі повідомляються результати мозкової атаки; обговорюються результати роботи груп; оцінюються та обґрунтовуються найкращі ідеї; публічно захищається оптимальний варіант розв'язання проблеми.

Після цього ухвалюється колективний варіант рішення і даються рекомендації щодо впровадження найкращої ідеї у практику.

\* \* \*

Пропонуємо вправи, за допомогою яких, на нашу думку, можна надати інформацію і сформувати практичні навички та вміння. Такими вправами є:

**“Акваріум”**. На початку вправи потрібно поділити учасників тренінгу на малі групи. Кожна з груп, одержавши питання стосовно теми тренінгу, обговорює його і занотовує свої думки. Після обговорення в малих групах тренеру необхідно розсадити всіх учасників по колу, створивши таким чином символічний “акваріум”. Займаючи по черзі місце в середині кола, кожна мала група презентує свої думки стосовно запропонованої проблеми і доводить їх лаконічність, аргументованість і вичерпність у диспуті з представниками інших малих груп. Останні залучаються до обговорення такими запитаннями: *Чи погоджуєтесь ви з думкою групи? Чи була ця думка достатньо аргументованою? Які аргументи ви вважаєте найпереконливішими?*

Дуже важливо, щоб тренер залишався спостерігачем цієї дискусії і не нав’язував своїх думок групам при обговоренні, поважаючи їхній досвід та інформаційний рівень, який вони мають на даному етапі. Повідомити про хибний хід думок він завжди матиме можливість, запропонувавши потім учасникам тренінгу ознайомитись з додатковим інформаційним матеріалом стосовно розглянутої проблеми. Цей інформаційний матеріал потрібно підготувати заздалегідь і роздати малим групам після дискусій. А після ознайомлення підвести підсумки за допомогою таких запитань: *Чи змінилась ваша думка стосовно проблеми? Чи отримали ви нову, невідому вам раніше інформацію? Який висновок ви можете зробити?*

**“Навчаючи вчусь”**. Ідея вправи полягає в тому, що всі присутні на тренінгу отримують певну частину інформації і мають обмінятися нею з якомога більшою кількістю людей. При цьому, повторюючи по декілька разів свою інформацію, людина краще її запам’ятовує. Отримана інформація не читається, а переказується знову і знову тим, з ким людина “випадково” зустрічається. Тому ця вправа ще називається “Броунівський рух”, бо учасники вільно (немов молекули) пересуваються по робочій кімнаті.

Існує ще один варіант цієї вправи – **“Інформаційне коло”**, коли група ділиться надвоє і всі присутні стають обличчям одне до одного, створюючи два кола. За тренерським сигналом ті особи, які стоять обличчям один до одного, обмінюються інформацією. Потім знову за тренерською вказівкою присутні лякають у долоні і зовнішнє коло переміщується на один крок вліво або вправо. Після обміну інформацією між новими партнерами група знову лякає у долоні і тепер уже внутрішнє коло робить крок у той самий бік. Вправа триває доти, доки пари, що розпочинали обмін інформацією, не зустрінуться знову. Таким чином, усі учасники зовнішнього кола одержують повну інформацію від учасників внутрішнього кола і навпаки.

**“Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми ...”** Спочатку тренер ділить аудиторію на малі групи, запропонувавши вибрати навмання, кожному з учасників, маленький папірець, на якому зображений представник певної професії і присвоєний йому орієнтир-колір (додаток 1.5):

- 1) *влада – державний службовець – червоний колір;*
- 2) *охорона здоров'я – лікар – синій колір;*
- 3) *освіта – вчитель – зелений колір;*
- 4) *споживчий ринок – працівник торгівлі – помаранчевий;*
- 5) *засоби масової інформації – журналіст – коричневий колір.*

Після розподілу на малі групи, тренер звертається до аудиторії з таким запитанням: *“Як часто ви говорите: “На його місці я зробив би...”?* Вислухавши відповіді учасників доцільно наголосити на тому, що вирішувати будь-яку проблему за іншу людину завжди здається справою легкою. Однак це не так. Бо для того, щоб прийняти правильне рішення за когось, треба на деякий час поставити себе на місце іншої людини і врахувати всі можливі фактори, які зумовлюють її рішення.

Далі тренер пропонує учасникам врегулювати проблему з позиції представника певної професії. Кожна мала група занотовує результати обговорення своїм орієнтиром-кольором. Використовуючи інші кольори, вони пропонують шляхи вирішення проблеми з точки зору представників інших професій. Результати роботи в малих групах представляються і обговорюються з використанням наступних запитань: *Наскільки легко вам було прийняти рішення за представників інших професій? З якими труднощами ви стикалися? Чи допомогла вам ця вправа подивитися на діяльність, задачі і труднощі представників різних професій стосовно проблеми...? Кому з фахівців, на вашу думку, найважче проводити профілактичну роботу стосовно...? Обґрунтуйте свою відповідь. Фахівці якого напрямку можуть найефективніше вирішити проблему ...?*

**“Прес-конференція”.** Тренеру необхідно поділити учасників на три малі групи:

- 1) *представників ЗМІ* – які формулюватимуть провокаційні запитання, що стосуються проблематики тренінгу та особистого життя тих, хто відповідатиме на ці запитання;
- 2) *представників певних галузей науки* (доцент кафедри мікробіології, професор медицини, доктор психологічних наук і т.д.) – які відповідатимуть на провокаційні запитання журналістів;
- 3) *секретарів* – які готуватимуть презентацію висновків за результатами прес-конференції.

Специфіка вправи полягає в тому, що на підготовку запитань і відповідей групам майже не надається час. Всю роботу потрібно побудувати на основі методу дискусії з елементами диспуту стосовно “некоректних запитань”. Завдання тренера зводиться до того, щоб підвести аудиторію до розуміння важливості правильної інтерпретації фактів стосовно проблеми тренінгу. Доцільно наприкінці вправи провести рефлексію наступними запитаннями:

– *Що відчували “журналісти”, коли ставили провокаційні запитання?*

– *Що відчували представники науки, коли відповідали на ці запитання з точки зору науковця, а не пересічної людини?*

**“Ромашка”.** Потрібно поділити учасників тренінгу на 3 малі групи: дітей, батьків, вчителів. Кожна група отримує завдання: створити модель “ромашки”, пелюстки якої нестимуть інформацію щодо точки зору дітей, батьків, вчителів стосовно певної проблеми (наприклад, проблеми організації вільного часу).

Після того, як групи створюють свої невеличкі ромашки, тренер пропонує об'єднати їх в одну велику таким чином, щоб забезпечити максимальне співпадання пелюсток. Аналіз невідповідностей між бажаннями дітей і дорослих, намагання знайти компроміс можуть стати першими кроками на шляху зміни ціннісних орієнтирів учасників тренінгу.

**“Тематичне асоціювання”.** Тренеру потрібно поділити аудиторію на малі групи, запропонувавши вибрати навмання, кожному з учасників, маленький папірець певного орієнтира-кольору для подальшої звітності із зазначеною на ньому фразою-завданням. Учасники кожної малої групи повинні дослідити свою фразу-завдання у такий спосіб:

- 1) записати фразу-завдання у центрі великого аркушу паперу;
- 2) обговорити цю фразу-завдання між собою і визначити асоціації стосовно неї;
- 3) записати ці асоціації навколо фрази-завдання;
- 4) визначити і обговорити асоціації, що виникли від уже записаних асоціацій;
- 5) записати ці асоціації навколо тих, що вже записані.

Після цього, за командою тренера, групи обмінюються своїми аркушами “за годинниковою стрілкою” та доповнюють роботу інших груп власними міркуваннями стосовно проблеми. Доповнення слід робити кольором своєї групи.

Якщо тренер правильно пояснив форму і умови запису то, наприкінці вправи, групи зможуть побачити на своїх аркушах власні міркування і доповнення інших груп стосовно проблематики тренінгу у вигляді “асоціативних кущів”.

Виконання вправи допомагає навчити учасників згадати те, що їм відомо з певної проблеми, систематизувати ці знання і ефективно їх використати.

Презентувати свої міркування стосовно завдання групи можуть у вигляді доповіді, що включатиме наступне:

- інформацію про виникнення проблеми;
- суть цієї проблеми;
- вплив проблеми на людину, її оточення та діяльність;
- інформацію про вирішення цієї проблеми;
- інформацію стосовно доповнення іншими групами;
- обґрунтування прийняття або неприйняття цих доповнень малою групою.

Після проведення презентації необхідно підвести підсумки і зробити висновок.

**“Сім кроків до вирішення проблеми”.** Принцип поділу учасників на малі групи і визначення їхніх задач може бути таким, як у вправі “Тематичне асоціювання”. Однак перед тим, як учасники почнуть роботу над пошуком шляхів вирішення задач, тренер знайомить їх з



алгоритмом прийняття правильного рішення. Для цього він роздає на кожну малу групу інформаційний матеріал “Сім кроків до вирішення проблеми” (додаток 1.6).

Після роботи в малих групах над вирішенням поставлених задач, необхідно провести її презентацію з елементами дискусії і використанням запитань для обговорення та підвести підсумки.

\* \* \*

**Вправи на зняття м’язового напруження.** Так зване статичне навантаження пов’язане з підтриманням певної пози, веде до швидкого розвитку втоми. Так, солдат на варті стомлюється більше, ніж у поході. Це є результатом розвитку гальмування в нервових центрах, що керують напруженням певної групи м’язів. Гальмування може розповсюдитись і на сусідні нервові центри, що веде до зниження загальної працездатності. Ще у 1904 році І.М. Сеченов встановив, що втома певної групи м’язів знімається швидше, якщо починають активно працювати інші м’язи (активний відпочинок). Отже, не варто забувати про вправи, за допомогою яких знімають м’язове напруження і, водночас, підвищують загальну працездатність людини. Такі вправи в тренінгах називають “енергейзерами” або просто “рухавками”. Рухливі ігри (ігри-розминки) є обов’язковим елементом проведення тренінгу. Важливо, щоб вони працювали на загальну мету тренінгу, допомагаючи створювати доброзичливу атмосферу. Наводимо кілька варіантів таких вправ:

**“Роби як я”.** Учасникам тренінгу потрібно стати у коло, після чого тренер звертається до них з такими словами: “Роби як я” і показує певний рух (присісти, поплескати в долоні, підняти ногу, покрутитися, підскочити, виконати танцювальний рух). Усі повторюють. Потім інший учасник каже: “Роби як я” і показує інший рух, і так далі по колу.

**“Ураган для тих, хто...”.** Для цієї вправи потрібно прибрати один стілець. Учасники сидять, а тренер стоїть і говорить: “Ураган для тих, у кого чорне взуття”. Всім, хто в чорному взутті, потрібно встати зі свого місця і спробувати сісти на інше. Той, кому не вистачило стільця, стає ведучим і каже: “Ураган для тих, хто народився влітку (має довге волосся; коротке волосся; ходить до театру; бачив море; любить солодке і таке інше)”.

**“Моя улюблена тварина”.** Кожний учасник обирає собі тварину й упродовж хвилини імітує її голос (гавкає, шипить, свистить ...) і рухи (стрибає, бігає, махає крилами ...). Виконання вправи припиняється за командою тренера, після чого вибирають “тварину”, яка найбільше всім сподобалась.

## **ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА ТРЕНІНГУ**

**Завершення роботи.** Цей етап узагальнює всі розглянуті впродовж тренінгу теми для логічного підведення підсумку. Завершення — це можливість для відповідей на запитання,

з'ясування сумнівів, рекомендації літератури для самостійного вивчення і підготовка позитивного виходу з тренінгу з постановкою завдань на майбутнє. Важливо, щоб учасники закінчили роботу з високою мотивацією діяльності та з відчуттям упевненості в собі. На цьому етапі може бути проведено “вихідне” анкетування (додаток 1.7).

Заклучна частина є обов'язковим елементом тренінгу.

При проведенні тренінгу для педагогів важливим є психолого-педагогічний аналіз методик, що використовувалися під час виконання вправ. Після закінчення вправи та обговорення її результатів проводиться методичний розбір. Тренер разом з учасниками визначають відповідність методики проведення вправи її меті та завданням, недоліки і позитивні сторони того чи іншого методу, оптимальні сфери використання в просвітницькому тренінгу. Результати обговорення бажано занотувати під такою рубрикацією:

- “Для того, щоб передати знання, інформацію...”
- “Для того, щоб вирівняти рівень знань учасників групи...”
- “Для того, щоб вийти за рамки традиційної схеми мислення...”
- “Для того, щоб сформувати навички, вміння...”

При підготовці до проведення занять тренер може підібрати й додаткові запитання, виходячи з мети вправи.

Особливу увагу педагогів-тренерів слід звернути на те, що під час проведення занять з підлітками, обговорення вправ – дуже важливий етап. Відповіді на відкриті запитання тренера створюють умови для “переведення” отриманої під час тренінгу інформації в особисті знання учасників, на які вони зможуть спиратися у майбутньому. Вони також сприяють виробленню особистісних і соціальних навичок: здатності бачити майбутнє, вміння визначати причини і передбачати наслідки.

**Зворотний зв'язок.** Отримати зворотний зв'язок можна як безпосередньо від учасників тренінгу, так і за допомогою спеціальних процедур оцінювання, наприклад:

1. Завершуючи кожний окремий тренінг, тренер може запропонувати учасникам продовжити фразу: “На цьому тренінгу я... (усвідомила, що..., дізнався про те...)”.

Після цього слід попросити їх проаналізувати власні очікування і по черзі висловитися, чи справдилися вони (повною мірою, частково), чи не справдилися, чи взагалі виявилися недоречними.

2. “Карта вражень”. Це може бути аркуш паперу, прикріплений у кутку кімнати, а під ним – клейкі папірці, на яких учасники можуть писати про те, що вони відчують з приводу тренінгу.

3. У середині тренінгу фахівці рекомендують провести коротке опитування: “Припинити. Почати. Продовжити”. Роздайте учасникам

клейкі папірці з проханням написати ці три слова як заголовки. Потім нехай вони напишуть, що саме, на їхню думку, вам слід припинити, почати або продовжити робити. Це дасть можливість коригувати стиль вашої роботи у другій половині тренінгу.

**Завершення тренінгу.** Кожного разу слід завершувати тренінг вправами прощання, завдання яких полягає в тому, щоб залишити в пам'яті учасників тренінгу позитивні емоції стосовно сприйняття інформації і тим самим сформуванню бажання участі у наступних тренінгах. Пропонуємо кілька варіантів таких вправ.

1. Учасникам пропонують стати у коло і передати один одному свічку (квітку), висловлюючи добрі побажання або слова подяки.
2. Учасники мають покласти руки одне одному на плечі і тричі сказати: "Ми – молодці".
3. Можна запропонувати усім взятися за руки і, починаючи з тренера, по черзі передати один одному потиск руки. Коли цей сигнал приходить до тренера з іншого боку, піднімають руки вгору і промовляють: "До побачення! До наступної зустрічі!".

### **1.3. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ТРЕНІНГУ**

**Створення умов для проведення тренінгу.** Якщо тренінг буде проводитися в аудиторії, необхідно:

1. Розставити столи колом, або у формі букви "П". Потрібно переставити столи, звільнивши місце у центрі кімнати. Бажано, щоб стільці були з м'якими сидіннями і спинками для зручності.
2. У кімнаті має бути звичайна дошка або спеціальна – фліп-чарт. Необхідно підготувати крейду, скотч, фломастери, клейкі і неклейкі папірці розміром 5x5 см, безпечні шпильки, скріпки, кнопки, серветки і роздаткові матеріали в достатній кількості.
3. Для того, щоб записати правила роботи групи, очікування учасників та результати виконання групових завдань, необхідно підготувати декілька аркушів паперу формату А1, або А2 та папір формату А4.
4. Для демонстрації відеоматеріалів, фільмів, або презентації необхідно підготувати обладнання (бажано мультимедійний проектор).
5. Необхідно чітко розпланувати етапи проведення тренінгу і скласти план за наступною формою:

**Тема: (НАЗВА ТРЕНІНГУ)**

<b>Вид діяльності</b>	<b>Завдання</b>	<b>Остаточний результат</b>	<b>Орієнтовний час проведення</b>
<b>Вступна частина</b>			40 хв.
<b>Вступ</b>	Поінформування учасників про мету, завдання та кінцевий результат тренінгу		10 хв.
<b>Вправи на проведення вітання, знайомства</b>	Створити невимушену, дружню, привітну атмосферу в групі з відчуттям взаємної симпатії		10 хв.
<b>Прийняття правил роботи</b>	Прийняти правила для комфортної та продуктивної роботи учасників тренінгу		10 хв.
<b>Вправа на визначення очікувань і побоювань групи</b>	Допомогти учасникам визначитися з власними очікуваннями й побоюваннями від тренінгу та абстрагуватися від поточних проблем і турбот, що не стосуються теми зустрічі		10 хв.
<b>Основна частина</b>			
<b>Вправа на оцінювання рівня інформованості учасників тренінгу</b>	З'ясувати рівень знань учасників стосовно проблем, що розглядатимуться на тренінгу		Тривалість залежить від змісту
<b>Вправа на актуалізацію проблеми тренінгу</b>	Пробудити в учасників тренінгу інтерес до проблематики, сформувати у них мотивацію до зміни поведінки, зробити проблематику тренінгу актуальною для кожного з учасників		Тривалість залежить від змісту
<b>Вправи на надання інформації та практичних навичок і вмінь</b>	Допомогти учасникам тренінгу сприйняти і усвідомити нову інформацію та закріпити і поглибити знання, отримані впродовж вступу тренінгу та актуалізації його проблематики		Тривалість залежить від змісту
<b>Заключна частина</b>			20 хв.
<b>Вправи на проведення заключної частини</b>	Узагальнити всі розглянуті впродовж тренінгу теми для логічного підведення підсумку. Створити умови позитивного виходу з тренінгу		

*Необхідно в таблиці планувати кожні 40-60 хвилин вправи на зняття м'язового напруження або перерви на каву і обід.*

#### **1.4. РОЗПОДІЛ УЧАСНИКІВ НА МАЛІ ГРУПИ**

Розподіл учасників тренінгу на малі групи є одним із звичайних ритуалів. Існує безліч варіантів такого розподілу. Залежно від характеру завдання та його складності робота може проводитись або всією групою протягом короткого проміжку часу (20-30 хв.), або в малих групах по 3-5 осіб. Розподіл на малі групи доцільний тоді, коли проблема, що розглядається, потребує опанування великої кількості інформації. При роботі в малих групах створюються сприятливі умови для активної участі всіх її членів у обговоренні, обміні досвідом, знаннями і думками. Така робота формує навички й уміння колективного вирішення проблеми.

Наводимо декілька прикладів розподілу на малі групи:

**“Один, два, три...”**. Якщо ви знаєте, скільки груп вам треба створити (наприклад, вісім), слід порахувати учасників від одного до восьми.

**“Веселка”**. Якщо вам потрібно об'єднати учасників у сім груп, можна розподілити їх за кольорами веселки, якщо у чотири – за порами року тощо.

**“Пазли”**. Потрібно розрізати будь-які поштові листівки на 2-6 частин та роздати їх учасникам і запропонувати об'єднатися в групи, склавши з частин цілі листівки.

**Правила роботи в малих групах.** Очолюють групу та забезпечують її успішну роботу секретар і спікер, які обираються з числа членів групи. Функції в групі краще розподіляти за бажанням учасників. У процесі роботи групи кожен повинен мати можливість висловлювати власну думку. Необхідно забезпечити обговорення ідеї, а не особистості того, хто її висловив. Члени групи повинні прагнути дійти спільної думки.

##### **Обов'язки секретаря групи:**

1. Вести розбірливі записи результатів групової роботи.
2. Чітко формулювати відповіді групи на кожне запитання.
3. Вимагати від групи або її більшості вироблення єдиної думки.
4. Бути готовим висловити думку групи під час підведення підсумків або допомогти тому, хто відповідає.

##### **Обов'язки спікера групи:**

1. Оголошувати завдання групи.
2. Встановлювати порядок їх виконання.
3. Визначати того, хто буде стежити за часом.
4. Пропонувати членам групи виступати по черзі.
5. Стежити за записами, які робить секретар, допомагати йому чіткими формулюваннями; узагальнювати думки інших членів групи.
6. Активізувати роботу групи.
7. Підводити підсумок роботи групи.
8. Визначати доповідача або самому доповідати про результати роботи групи.
9. Стежити за виконанням групою прийнятих правил.

## ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 1

### Додаток 1.1

#### До вправи “Інтерв’ю”

Ваше ім'я? \_\_\_\_\_

Місце навчання або роботи, посада? \_\_\_\_\_

За що ви любите свою професію? (відповідь мусить бути не більше, ніж з одного речення) \_\_\_\_\_

Що вам подобається більше за все? (відповідь мусить бути лаконічною) \_\_\_\_\_

Що ви вмієте робити краще за все? (відповідь мусить бути лаконічною) \_\_\_\_\_

### Додаток 1.2

#### Орієнтовні правила роботи групи

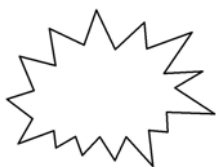
- *Дотримуватися регламенту.*
- *Слухати і чути* – один говорить – усі слухають.
- *Не перебивати* – уважно слухати одне одного і поважати різні думки.
- *Бути толерантними* – не можна змушувати людину замовкнути лише тому, що її погляди не збігаються з поглядами інших.
- *Не критикувати* – кожен має право на власну думку.
- *Бути доброзичливими* – ставитися одне до одного доброзичливо і поважати почуття інших.
- *Дотримуватися принципу конфіденційності* – не можна обговорювати поза межами групи ті моменти особистого життя, які стали відомими на тренінгу.
- *Говорити тільки за темою та від свого імені.*
- *Говорити коротко, по черзі.*
- *Поважати особисте життя* – кожен має право не відповідати на запитання, яке стосується його особистого життя.
- *Право на анонімність* – кожен має право ставити запитання анонімно.

**До вправи „Параграф”**

Бланк „Параграф” виготовляється на аркуші світлого кольорового паперу формату А4. Кількість відтінків повинна відповідати кількості малих груп.

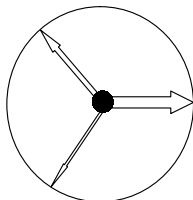
§	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.

**До вправи „Очікування - побоювання”**



**1. „Зірка”** – виготовляється із світлого кольорового паперу. Бажано, щоб кольорів було не менше 6-7.

**2. „Камінь”** – виготовляється із кольорового світлого паперу, відтінки якого нагадують колір цеглинок.



**3. „Годинник”** – виготовляється із світлого кольорового паперу. Стрілки годинника мусять розділяти циферблат на три рівні частини, де учасники і будуть записувати нотатки.

<b>Представник</b>	<b>Малюнок</b>	<b>Штук</b>
<p>Законодавча та виконавча влада</p>		<p>6-7</p>
<p>Охорона здоров'я</p>		<p>6-7</p>
<p>Освіта</p>		<p>6-7</p>
<p>Споживчий ринок</p>		<p>6-7</p>
<p>ЗМІ</p>		<p>6-7</p>



### **“Сім кроків до вирішення проблеми”**

Обдумувати рішення не важко, дуже важко знаходити правильне рішення. Сім кроків – це шлях до знаходження правильного рішення.

**1. Розпізнайте, визначте і з'ясуйте проблему.** Якщо ви не знаєте точно, над якою проблемою хочете працювати, то зазнаєте поразки. Ваша проблема повинна бути чітко визначеною.

**2. Збираючи факти та інформацію, проаналізуйте проблему.** Якщо не повністю розумієте проблему, над якою збираєтесь працювати, ви можете упустити важливі моменти та націлитись на неправильні рішення. Якщо ж ви з самого початку повільно просуваєтесь уперед, збираючи всю необхідну інформацію, то в кінці збережете цінний час і енергію. Запитайте себе, які є джерела, звідки можна одержати інформацію. Приклади: засоби масової інформації, бібліотеки, Інтернет тощо.

**3. Розвивайте альтернативні рішення.** Ніколи не зупиняйтесь лише на одному рішенні. Придумайте безліч способів вирішення вашої проблеми. Не зупиняйтесь лише на одному плані дій – ви можете пропустити легший чи більш логічний спосіб вирішення проблеми. Пам'ятайте, що на цьому етапі група не судитиме вашу ідею.

**4. Виберіть найкраще рішення.** Після того, як ви ретельно дослідили свою проблему й витратили час на визначення альтернативних рішень, у вас є всі підстави вибрати найкраще з них. Запитайте себе та членів групи, якими методами можна скористатися, щоб здійснити вибір. Приклад: порівняння, думка експертів, розробка критеріїв і оцінка на основі цих критеріїв тощо. Також нагадайте групі, що на цій стадії є як мінімум два “найкращих” рішення: є найкраще рішення і є рішення, яке реально може бути впроваджене в життя.

**5. Складіть план дій.** Ретельно, крок за кроком обдумайте все, що необхідно зробити: чітко визначити проблему, окреслити кроки здійснення проекту, бюджет, приблизний час здійснення, необхідні матеріали і людські ресурси тощо.

**6. Впроваджуйте рішення.** Коли вся підготовча робота позаду, сподіваємося, що фактичне виконання проекту буде справжнім успіхом. Впровадження – це дія. Не дозволяйте своєму проекту залишатися лише на папері й припадати пилом.

**7. Оцініть.** Після того, як закінчили проект, перевірте, чи досягнута його мета. Визначте, який вплив мало його впровадження. Оцінка також може здійснюватись упродовж усього процесу впровадження проекту. Скорируйте всі проблеми й перегляньте всі питання, які виникають. Запитайте себе про різні методи оцінювання. Приклад: ініційовані групою порівняння, наукові дані, опитування тощо.

Варіанти анкет для заповнення після закінчення тренінгу

**АНКЕТА 1**

1. Як змінилося ваше ставлення до проблеми ... після тренінгу?

У чому саме? \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Які вправи найбільше допомогли вам зрозуміти тему тренінгу?

Чому? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

3. Наскільки наповнення вправ відповідало вашим фаховим потребам? Яка інформація, отримана на тренінгу, буде для вас корисною в практичній діяльності? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Які питання у вас залишилися невирішеними? Які з них ви ще хотіли б обговорити? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Зауваження, побажання, коментар:

---

---

---

---

---

***Дякуємо!***

## АНКЕТА 2

1. На яке питання, проблему ви знайшли відповідь під час тренінгу?

---

---

---

---

---

---

---

2. На які важливі для вас питання не знайдена відповідь?

---

---

---

---

---

---

---

3. Які запитання виникли у вас під час тренінгу?

---

---

---

---

---

---

---

4. Наскільки інформація з теми тренінгу може бути корисною у вашій практичній діяльності? Як ви плануєте її використовувати, повернувшись до своєї роботи? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

Тут ви можете написати свої пропозиції та побажання

---

---

---

---

---

---

---

***Дякуємо!***

## РОЗДІЛ 2. ТРЕНІНГ “ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗАСОБАМИ ОСВІТИ”

**Мета:** ознайомитися з сучасними підходами до організації навчання і технологіями формування позитивної мотивації до здорового способу життя та профілактики девіантної поведінки дітей та молоді шляхом розвитку життєвих навичок.

<b>Вид діяльності</b>	<b>Завдання</b>	<b>Остаточний результат</b>	<b>Орієнтовний час проведення</b>
<b>Вступна частина</b> <sup>1</sup>			40 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i> <sup>2</sup>			5 хв.
<b>Основна частина</b>			220 хв.
<b>Вправа “Стан здоров'я населення України”</b> <i>(прес-конференція, робота в малих групах)</i>	Розглянути сучасний спектр проблем здоров'я населення України, зокрема, дітей та підлітків	Показати актуальність проблеми поліпшення здоров'я населення. Ознайомитися з нормативно-правовим забезпеченням навчання в галузі здоров'я	20 хв.
<b>Вправа “Фактори, що впливають на здоров'я”</b> <i>(мозковий штурм)</i>	З'ясувати, які фактори визначають погіршення стану здоров'я населення	Встановити, що основним фактором ризику погіршення індивідуального здоров'я є неправильний спосіб життя людини	20 хв.
<i>Перерва на каву</i>			20 хв.
<b>Вправа “Права дитини”</b> <i>(робота в малих групах)</i>	Оцінити рівень знань учасників стосовно прав дитини та ознайомити їх із змістом Конвенції ООН про права дитини. Показати, що право дитини на здоров'я є одним з його основних прав, яке впливає на можливість дитини реалізувати всі інші права	Показати, що впровадження в навчальний процес у різних ланках освіти занять, спрямованих на проблему збереження складових здоров'я – є реалізацією відповідних статей Конвенції ООН “Про права дитини”	40 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i>			5 хв.

<sup>1</sup> Методику проведення вступної і заключної частин тренінгу див. у підрозділі 1.2. “Структура тренінгу”.

<sup>2</sup> Вправи на зняття м'язового напруження необхідно проводити кожні 40-45 хвилин. Перерва на каву одночасно забезпечує зняття м'язового напруження.

<p><b>Вправа</b> <b>“Колесо життя”</b> (самостійна робота з наступним обговоренням результатів)</p>	<p>Розкрити поняття “гармонійний розвиток” з позицій оцінки різних складових здоров’я</p>	<p>Показати, що досягнення гармонійного розвитку людини – складний і багатогранний процес, що ґрунтується не лише на знаннях, а потребує сформованої культури здоров’я</p>	<p>20 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Шляхи вдосконалення просвітницької роботи щодо покращання стану здоров’я населення України”</b> (ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми...”)</p>	<p>Розкрити роль міжгалузевого співробітництва у вирішенні проблем здоров’я дітей та молоді</p>	<p>Показати, що освіта є найефективнішим шляхом вирішення проблеми здоров’я дітей та молоді і профілактики девіантної поведінки. При цьому досягнення вагомого позитивного результату можливе лише за участі представників різних міністерств, державних і недержавних організацій, громадських об’єднань</p>	<p>40 хв.</p>
<p><i>Перерва на каву (обід)</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Просвітницька робота щодо формування здорового способу життя”</b> (робота в малих групах)</p>	<p>Сформувати поняття про ефективну профілактичну роботу, її види і рівні. Співвіднести поняття “профілактика” з поняттями “навчання” та “виховання”</p>	<p>Показати, що профілактична робота в галузі здоров’я має бути невід’ємною складовою навчально-виховного процесу від дошкільця до вищої школи</p>	<p>40 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м’язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Валеологізація навчальних предметів, чи окремих предметів”</b> (розв’язання ситуаційної задачі, робота в малих групах)</p>	<p>Розглянути існуючі моделі впровадження в навчальний процес питань формування позитивної мотивації до здорового способу життя та профілактики девіантної поведінки</p>	<p>Показати, що найефективнішою формою організації навчання в галузі здоров’я є використання змішаної моделі, тобто коли самостійний предмет за основ здоров’я доповнюється валеологізацією інших навчальних предметів</p>	<p>40 хв.</p>
<p><b>Заклучна частина</b></p>			<p>20 хв.</p>

## ВСТУПНА ЧАСТИНА

*Інформаційне повідомлення тренера.* Ще у 1981 р. Мадридська конференція міністрів охорони здоров'я Європейських держав визначила освітній напрям збереження і зміцнення здоров'я населення як пріоритетний. У 1988 р. Комітет Міністрів держав – членів Ради Європи розробив детальні рекомендації щодо впровадження курсів з охорони здоров'я в усі ланки освітніх закладів цих держав. Було визнано, що набуття знань з питань охорони здоров'я і здорового способу життя важливе для всіх вікових груп населення, але найважливіше воно для молоді, оскільки молодь найлегше пристосовується до змін у способі життя і саме від неї залежить майбутнє. Цим пояснюється увага Ради Європи до розвитку спеціальних освітніх дисциплін, що формують у школярів і студентів свідому мотивацію до здорового способу життя.

Згідно з прийнятим у 1998 р. міжнародним документом “Політика досягнення здоров'я для всіх у ХХІ столітті” усі держави-члени Євробюро ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), у тому числі й Україна, повинні здійснювати політику формування здорового способу життя населення, і особливо молоді, на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади.

З огляду на це у “Програмі діяльності Кабінету Міністрів України на 2000-2005 р.р.” наголошується, що найвищою цінністю є людина, тому зусилля державних структур, науковців і практиків, пересічних громадян мусять спрямовуватися на створення й реалізацію умов формування, збереження і зміцнення здоров'я нації. Головними критеріями досягнення цієї мети повинні стати зростання середньої тривалості життя, зниження смертності новонароджених, стабілізація стану здоров'я населення та подальше поліпшення і підвищення його рівня, формування культури здоров'я і здорового способу життя.

Програма “Назустріч людям”, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 04.02.05 № 115, також ставить за мету пропаганду здорового способу життя, посилення інституту сім'ї та державну підтримку народжуваності, що свідчить про послідовність державної політики стосовно охорони і зміцнення здоров'я нації. План заходів, спрямованих на реалізацію Програми включає:

- формування здорового способу життя;
- боротьбу з вживанням алкоголю;
- боротьбу з наркоманією;
- подолання тютюнопаління.

Право громадян на здоров'я забезпечується Конституцією України: “Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю”.

Особлива увага приділяється державою проблемам здоров'я молоді і створенню нормативно-правової та освітньої бази для формування здорового способу життя підростаючого покоління. Для їх вирішення прийнято ряд документів: це Державна національна програма “Освіта” (Україна ХХІ століття), Національна програма “Діти України”, Національна програма “Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, Міжгалузєва комплексна програма “Здоров'я нації на 2002-2011 роки”, Цільова комплексна програма “Фізичне виховання — здоров'я нації” та інші. Особливе місце посідають Закон України “Про загальну середню освіту” та Концепція 12-річної середньої загальноосвітньої школи, в яких визначено завдання виховувати в учнівської молоді свідоме ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих (*додаток 2.1*).

Впровадження цих і ряду інших програм вимагає перегляду сформованих стереотипів поведінки сучасної молоді, переосмислення концептуальної моделі здоров'я з урахуванням того, що провідне значення у його збереженні та зміцненні належить способу життя. Відомо, що навіть у розвинутих країнах Західної Європи стан здоров'я населення лише на 10% залежить від діяльності органів охорони здоров'я.

Ідея мотивації молоді до здорового способу життя повною мірою реалізувалася в Національній доктрині розвитку освіти України в ХХІ ст., прийнятій на II з'їзді освітян. **Формування здоров'я нації через освіту** згідно з доктриною має бути одним з пріоритетів державної політики.

Немає сумнівів у тому, що подолання тенденції до погіршення стану здоров'я у ситуації, що склалася в Україні, - завдання складне, але його вирішення можливе за умови координації зусиль усіх державних і недержавних інститутів, діяльність яких пов'язана з людиною, і, безперечно, зусиль кожного члена суспільства. Одна з провідних функцій у його вирішенні належить системі навчальних закладів усіх рівнів.

Опанування методами роботи з формування в молоді поняття і потреби у здоровому способі життя, розуміння принципів і основних завдань такої роботи – актуальна проблема підготовки сучасного педагога.

## ОСНОВНА ЧАСТИНА

### Вправа

#### “Стан здоров’я населення України”

(прес-конференція, робота в малих групах)

Тренер розподіляє учасників на три групи:

1. Представники медичної галузі: акушер-гінеколог, педіатр, терапевт, інфекціоніст, психіатр, нарколог, геронтолог.
2. Представники ЗМІ.
3. Пересічні громадяни (споживачі медичних послуг).

**Матеріали:** інформаційний матеріал “Стан здоров’я населення України” (додаток 2.2) для кожного “представника медичної галузі”, папір формату А4, фломастери.

#### **Завдання:**

1. Представникам медичної галузі протягом 5 хв. ознайомитись з інформаційними матеріалами, підбираючи ту інформацію, яка відповідає їхній спеціалізації.
2. Представникам інших груп підготувати запитання для прес-конференції.
3. Провести прес-конференцію.

**Тренерський підсумок.** Інформація, яку ми почули на прес-конференції свідчить про виражені негативні тенденції щодо стану здоров’я населення України, особливо дітей і підлітків. Протягом останнього десятиріччя відбулося значне скорочення населення України як за рахунок зменшення народжуваності дітей, так і за рахунок значного скорочення тривалості життя. (Кожен учасник за бажанням може отримати інформаційні матеріали після закінчення вправи).

### Вправа

#### “Фактори, що впливають на здоров’я”

(мозковий штурм)

**Матеріали:** дошка або фліп-чарт, додатки 2.3 та 2.4 для кожного учасника тренінгу (додаток 2.4 роздається учасникам під час тренерського підсумку).

#### **Завдання:**

1. Познайомитися з інформаційними матеріалами щодо негативного впливу забруднення навколишнього середовища на стан здоров’я населення України (додаток 2.3).
2. Кожному учаснику по черзі назвати один фактор, що негативно впливає на здоров’я, а тренеру або його помічнику записати їх на одній половині дошки.
3. На другій половині дошки записати фактори, що позитивно впливають на здоров’я.



4. Обговорити фактори, записані на дошці та виділити найважливіші з них.

**Питання для обговорення:**

- Які фактори є визначальними для індивідуального здоров'я?
- Які фактори є визначальними для формування здоров'я населення певного регіону?
- Які фактори визначають рівень здоров'я населення країни в цілому?

**Тренерський підсумок.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я модель здоров'я людини обумовлюється на 50% способом життя, на 20% – спадковою схильністю до захворювань, на 20% – станом навколишнього середовища і лише на 10% (в розвинутих капіталістичних країнах) – рівнем медичної допомоги. За умови планування сім'ї, коли майбутні батьки намагаються звести до мінімуму можливість успадкування генетичних хвороб і отримання дитиною вад розвитку в період вагітності, а також у тих випадках, коли людина робить все можливе для зменшення негативного впливу забрудненого довкілля, роль способу життя в формуванні індивідуального здоров'я може значно підвищитись.

Отже, мінімум на 50% чинники, які впливають на стан здоров'я населення, можуть контролюватись самою людиною. На жаль, особистісна роль молоді щодо підтримання та зміцнення свого здоров'я на практиці зведена до мінімуму. Поступово сформувалась зовсім необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантоване саме по собі молодим віком, що будь-які навантаження, грубі порушення харчування, режиму праці, відпочинку, небезпечна поведінка та зловживання токсичними речовинами, стреси, гіподинамія, інші фактори ризику молодий організм спроможний подолати самостійно.

У зв'язку з цим досить гостро постає нагальна потреба у прийнятті конкретних, практичних рішень і заходів, які б змінили ситуацію на краще і дали можливість керувати здоров'ям підлітків та молоді. І першочерговим, за рівнем ефективності впливу на поліпшення стану здоров'я молоді, є створення умов для виховання у кожній молодій особі почуття відповідальності за власний стан здоров'я, формування позитивної мотивації до здорового способу життя.

Серед факторів, що визначають спосіб життя, в першу чергу – стан індивідуального здоров'я, необхідно зазначити наступні:

- режим харчування;
- рівень рухової активності;
- рівень стресового навантаження;
- наявність негативних звичок (паління, вживання алкоголю і наркотиків);

- соціально-небезпечні інфекційні хвороби (туберкульоз, грип, ВІЛ/СНІД, венеричні хвороби тощо).

**Вправа**  
**“Права дитини”**  
(робота в малих групах)

**Тренерський вступ.** У 1919 році була створена перша міжнародна організація “Врятуйте дітей”.

Друга світова війна принесла дітям жахливі, нелюдські страждання. Для того, щоб надати допомогу дітям, які стали жертвами цієї війни, у 1946 році був створений Дитячий Фонд Об’єднаних Націй.

20 жовтня 1959 року приймається Декларація ООН про права дитини, а через 20 років у 1979 році уряд Польщі пропонує змінити Декларацію про права дитини на Конвенцію, тобто перейти від декларування прав дітей до їх неухильного дотримання. Протягом 10 років це питання розглядалося у Женевському суді.

І от у 1989 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Конвенцію про права дитини – перший в історії людства документ, який був прийнятий більшістю держав світу.

Ратифікувавши Конвенцію, підписавши її або приєднавшись до неї, 192 держави поширили її дію на власну територію і прийняли на себе зобов’язання привести власну законодавчу базу у відповідність до положень Конвенції.

Насправді ця Конвенція не про права дитини, а про обов’язки держави по відношенню до дітей. Положення Конвенції – це комплекс заходів щодо захисту і забезпечення основних прав і свобод дитини.

Україна також ратифікувала цей документ у 1991 році і цим взяла на себе зобов’язання виконувати положення Конвенції про права дитини на всій своїй території. Але чи так добре ми знаємо положення Конвенції, а отже права дітей?

**Матеріали:** на кожну малу групу – скорочений варіант Конвенції ООН про права дитини (додаток 2.5), папір А3, фломастери.

**Завдання:**

1. Ознайомитись з текстом Конвенції ООН про права дитини та обрати:

- п’ять прав, які на погляд групи найбільш актуальні для України, тобто частіше *порушуються*. Ці права дитини записуються червоним кольором;
- п’ять прав, які менш актуальні, тобто *виконуються, але не завжди та не в повному обсязі*. Ці права записуються жовтим кольором;

– п'ять прав, що не актуальні для України, тобто виконуються у повному обсязі. Ці права записуються зеленим кольором.

2. З'ясувати, чи пов'язані та чи впливають обрані у перших двох випадках права дитини на її здоров'я за визначенням ВООЗ.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Питання для обговорення:**

- *Які почуття виникали у вас при виконанні цього завдання?*
- *Чи здобули ви нову для себе інформацію? Яку саме?*
- *Якщо в кого-небудь з присутніх є діти, то чи вважаєте ви їх здоровими, чи ні? Чому саме?*
- *Чи реалізуються в повній мірі в Україні права дитини щодо формування і збереження її здоров'я?*
- *Що на вашу думку необхідно, в першу чергу, зробити для реалізації права дітей на здоров'я?*

**Тренерський підсумок.** Таким чином, Конвенція про права дитини підкреслює, що виживання і здоровий розвиток дитини є найважливішим завданням держави. Реалізація цього завдання неможлива без ефективної просвітницької роботи в усіх ланках освіти. (Кожен учасник отримує повний текст статей Конвенції про права дитини, в яких розглядаються права дитини на життя і здоров'я, а також завдання закладів освіти щодо просвітницької роботи в цьому напрямку (додаток 2.6).

### **Вправа**

#### **“Колесо життя”**

*(самостійна робота з наступним обговоренням результатів)*

**Тренерський вступ.** Загальноприйнятим для світової спільноти є визначення здоров'я, сформульоване у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 році: **“Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад”**.

Давайте проведемо суб'єктивну експресоцінку вашого здоров'я. Виберіть одну з трьох відповідей до наступного тестового запитання (загальні результати тестування тренер записує на дошці):

– *Як ви оцінюєте своє здоров'я?*

- а) як хороше;*
- б) як задовільне;*
- в) як незадовільне.*

Результати такого експресопитування в значній мірі залежать від віку аудиторії та попередньої інформації, яку аудиторія отримала. Так, школярі та студенти молодших курсів здебільшого оцінюють своє здоров'я як хороше (до 98%). Виключення становлять учні, які мають

виражені вади здоров'я (вроджені патології, хронічні захворювання органів дихання, травлення та опорно-рухової системи). Серед студентів старших курсів та вчителів у віці до 30 років значно збільшується відсоток респондентів, які оцінюють своє здоров'я як задовільне (до 70%) і з'являється близько 10% незадовільних відповідей. Серед тих, хто оцінює своє здоров'я як хороше більшість приділяють увагу його збереженню (займаються фізичними вправами, намагаються раціонально харчуватися, використовують засоби зміцнення імунної системи тощо). Серед респондентів старших вікових груп переважають відповіді “як задовільне” і “як незадовільне”, при цьому відсоток останньої відповіді позитивно корелює з віком.

**Матеріали:** шаблони “колеса життя” для кожного учасника (додаток 2.7), олівці.

**Завдання:** відмітити на кожній з восьми спиць рівень складових свого здоров'я і з'єднати їх між собою. Оцінити фігуру, яка у вас вийшла на предмет відповідності поняттю “колесо”.

**Питання для обговорення:**

- Як ви оцінюєте свій рівень гармонійного розвитку ?
- Чи співпадають результати цієї оцінки з результатами тестування на початку вправи?
- Чи виникає у вас бажання змінити стан свого “колеса життя” на кращий після оцінювання?
- У якій мірі, на ваш погляд, лікарі можуть допомогти подолати проблеми вашого здоров'я?
- Чи вважаєте ви, що перспектива поліпшення вашого здоров'я пов'язана зі змінами способу життя?
- Чи володієте ви достатньою інформацією для розробки індивідуальної оздоровчої системи?

**Тренерський підсумок** значною мірою залежить від категорії учасників тренінгу (студенти, вчителі, викладачі кафедр валеології педагогічних ВНЗ, викладачі інших кафедр). Загальний висновок полягає в тому, що практично кожна людина потребує корекції свого здоров'я, але не має достатньої інформації для розробки індивідуальної оздоровчої системи. Тому вдосконалення просвітницької роботи з питань здоров'я, її науково-методичне забезпечення, підготовка вчителів та викладачів для здійснення цієї роботи; проведення відповідних наукових досліджень та постійного моніторингу стану здоров'я населення, особливо дітей та підлітків; вдосконалення роботи засобів масової інформації з метою спрямування їх на проблеми формування культури здоров'я тощо є актуальними питаннями розвитку української держави.

**Вправа**  
**“Шляхи вдосконалення просвітницької роботи щодо покращання стану здоров’я населення України”**

*(ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми”)*

**Тренерський вступ.** 21.07.2004 року Міністерством освіти і науки України була затверджена Концепція формування позитивної мотивації до здорового способу життя дітей та молоді. В ній, зокрема, говориться, що “Суб’єктами спільної діяльності з формування позитивної мотивації до здорового способу життя є:

- управління (відділи) освіти і науки, охорони здоров’я обласних (міських, районних, районних у місті) державних адміністрацій;
- органи місцевого самоврядування та самоорганізації населення, батьківська громада;
- науково-дослідні інститути АПН України та АМН України, навчальні заклади різних типів та рівнів акредитації, відповідні медичні установи, обласні інститути післядипломної педагогічної освіти; дитячі та молодіжні громадські організації, благодійні фонди, соціальні служби для молоді;
- засоби масової інформації.

Основним завданням суб’єктів спільної діяльності з формування позитивної мотивації до здорового способу життя дітей та молоді є консолідація зусиль щодо здійснення державної політики у сфері охорони здоров’я, спрямованої на забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу та створення умов для формування здорового способу життя.

В основу виконання цього завдання покладено міжгалузевий комплексний підхід у діяльності держави, всіх її інституцій до збереження та зміцнення здоров’я кожної людини, незалежно від віку”.

Закінчується Концепція наступною фразою: “Ефективна реалізація даної Концепції можлива за умови розробки та прийняття Кабінетом Міністрів України програми її реалізації, погодження та раціонального використання фінансових, технологічних, матеріальних, інтелектуальних та інших ресурсів держави, які спрямовуються на формування фізично, психічно, соціально, морально здорової особистості з високим рівнем громадянської відповідальності, готової до самостійного вибору власного місця в житті; високоерудованої і культурної особистості, яка має гуманістичний світогляд та гуманістичні якості, поважає батьків, інших людей, які її оточують, із сформованою культурою спіл-

кування; веде здоровий спосіб життя, прагне до самовдосконалення; толерантна, добродісна, милосердна, доброзичлива”.

**Матеріали:** малюнки з зображенням представників різних соціальних груп (*додаток 1.5*) для кожного учасника, текст Концепції формування позитивної мотивації до здорового способу життя дітей та молоді на кожен малу групу (*додаток 2.9*), папір формату А3, фломастери.

**Завдання:** розробити пропозиції до Програми Кабінету Міністрів України щодо реалізації зазначеної Концепції, уявляючи себе фахівцями певного міністерства (відповідно до отриманих малюнків).

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення (можна провести у формі спільної колегії п’яти міністерств за участю Прем’єр-міністра, роль якого може виконати тренер або його помічник).

**Тренерський підсумок.** Безумовно, підвищення рівня здоров’я населення – це проблема, яку можна вирішити лише спільними зусиллями представників різних міністерств і відомств, недержавних структур та громадських організацій. У той же час, основна роль в цій роботі належить представникам освітньої галузі, тому що саме молодь є тією частиною населення, яка легко засвоює нові стереотипи поведінки. Однак ефективним цей процес не може бути за межами *формального освітнього процесу* в навчальних закладах. Саме навчання є провідною ланкою просвітницької діяльності, спрямованої на профілактику захворювань та формування захищеної поведінки.

## **Вправа**

### **“Просвітницька робота щодо формування здорового способу життя” (робота в малих групах)**

**Тренерський вступ.** У широкому розумінні метою профілактики будь-якого негативного явища є підвищення якості життя. Остання, у відповідності до визначення поняття “здоров’я”, може розглядатися як гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Традиційно профілактика небажаного явища розглядається як його недопущення, протидія. При такому підході сам термін несе в собі певний негативний контекст, конфліктність. Для зменшення цього недоліку профілактичної роботи необхідно застосовувати методи навчання і виховання, побудовані на принципах гуманізму і співпраці.

Залежно від об’єкту, на який спрямована профілактична робота, виділяють первинну, вторинну і третинну профілактику.

На сучасному етапі розвитку профілактичної роботи одним з найперспективніших підходів є зменшення факторів ризику та посилення факторів захисту. Цей підхід у літературі ще має назву “модель факторів ризику і захисту”. Зміст профілактичної роботи повинен формуватись з урахуванням даної моделі, в основі якої лежить визначення провідних факторів впливу на здоров’я людини та вибір нею способу життя. Профілактична робота повинна спрямовуватись на зменшення впливу факторів ризику і підвищення дієвості захисних факторів.

**Матеріали:** інформаційні матеріали “Концепція валеологічної освіти педагогічних працівників” (додаток 2.8) та “Види та рівні профілактики” (додаток 2.10) на кожен малу групу, папір формату А4, фломастери. Під час виконання вправи використовуються також матеріали додатка 2.4 і додатка 2.9.

**Завдання:**

1. Ознайомитись з інформаційними матеріалами.
2. Розробити ефективну модель профілактичної роботи у дошкільному навчально-виховному закладі та початковій школі (група № 1).
3. Розробити ефективну модель профілактичної роботи в загальноосвітній школі II-III ступеня (група № 2).
4. Розробити ефективну модель профілактичної роботи в професійно-технічному навчальному закладі (група № 3).
5. Розробити ефективну модель профілактичної роботи у вищому навчальному закладі (група № 4).

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Питання для обговорення:**

- Які види профілактики необхідно використовувати для зазначених цільових груп дітей та молоді?
- Які фактори ризику розвитку хвороб найбільш важливі для зазначених цільових груп дітей та молоді?
- Яка форма організації профілактичної роботи (навчальний процес, виховна робота, самоосвіта) найбільш ефективна для зазначених цільових груп дітей та молоді?
- Чи потрібна спеціальна підготовка педагогічних працівників для проведення профілактичної роботи з попередження хвороб та девіантної поведінки для зазначених цільових груп дітей та молоді?
- Що стримує ефективний процес реалізації профілактичної роботи у навчальних закладах?

**Тренерський підсумок.** Ефективна профілактична робота у дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних, вищих навчальних закладах може здійснюватись за умов:

- реалізації державних стандартів початкової, середньої та вищої освіти;
- розробки відповідного комплексу нормативних, навчально-методичних, інших документів, які регламентують та унормовують організацію навчально-виховного процесу під керівництвом педагогів;
- організації навчання дітей та молоді з використанням не тільки традиційних, а й інноваційних форм і методів.

Види профілактичної роботи, що мають застосовуватись, залежать від факторів ризику конкретного контингенту дітей та молоді. Якщо для загальноосвітньої школи переважаючою є первинна профілактика, то для професійно-технічних і, певною мірою, вищих навчальних закладів – вторинна.

Неприпустимим є проведення профілактичної роботи, спрямованої на формування позитивної мотивації до здорового способу життя педагогами, які не мають спеціальної валеологічної підготовки. Для систематичної профілактичної роботи в школі можна залучати медичних працівників лише за умови отримання ними педагогічної освіти.

### **Вправа “Валеологізація навчальних предметів чи окремий предмет?”**

*(розв’язання ситуаційної задачі, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Державна національна програма “Освіта” (Україна ХХІ століття)” визначає одне з основних концептуальних положень – “освіта для здоров’я”. Тому кожен учитель, вихователь, викладач, адміністратор освітньої галузі має підійти до організації навчально-виховного процесу відповідно до своєї кваліфікації та посади, забезпечивши реалізацію права дітей і молоді на здоров’я. Яким чином повинно бути організоване навчання здоров’я в освітніх закладах різних рівнів – актуальне питання сьогодення.

**Матеріали:** інформаційні матеріали “Формування саногенної поведінки – основа профілактичної роботи щодо збереження здоров’я” (додаток 2.11), “Сучасні підходи до організації освіти в галузі здоров’я” (додаток 2.12), “Категоризація навичок, на основі яких будується освіта в галузі здоров’я” (додаток 2.13), “Моделі ефективного навчання здорового способу життя на основі формування та розвитку життєвих навичок” (додаток 2.14) на кожную малу групу.

#### **Завдання:**

1. Ознайомитись з інформаційними матеріалами.
2. Сформулювати точку зору групи на питання, які запропоновані для обговорення.
3. Визначити представника для участі в дискусії від малої групи.

#### **Питання для обговорення:**



- Чи можливе досягнення мети профілактичної роботи в галузі здоров'я у школі за умови включення відповідного матеріалу в певний навчальний предмет (наприклад, біологію)?
- Чи доцільна валеологізація навчальних предметів у школі і навчальних дисциплін у вищому навчальному закладі?
- Яка модель організації навчання в галузі здоров'я має бути визнана основною?
- Чи достатня кількість годин на тиждень для вивчення основ здоров'я, яка передбачена стандартом середньої освіти?
- Чи можна вважати відсутність предмета, що формує позитивну мотивацію до здорового способу життя у підлітків, порушенням їх прав?
- Чи є потреба у введенні в навчальні плани підготовки студентів всіх спеціальностей дисципліни “Основи валеології” для попередження девіантної поведінки та збереження їхнього здоров'я?

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення проводиться у формі дискусії. Висновки, до яких учасники дійшли в процесі дискусії, записуються на дошці.

**Тренерський підсумок.** Узагальнюючи результати дискусії необхідно наголосити на тому, що:

1. Змішана модель організації навчання в галузі здоров'я є пріоритетною.
2. Навчання з проблематики збереження здоров'я має бути неперервним, розпочинатися з дошкілля і продовжуватися в усіх класах школи і хоча б на молодших курсах у вищих навчальних закладах. Ця ідея була закладена ще в 1994 році в “Концепції неперервної валеологічної освіти в Україні”.
3. Враховуючи те, що в основу навчання з оздоровчої проблематики повинні бути покладені активні методи, спрямовані на формування життєвих навичок, обсяг годин, передбачений базовим навчальним планом середньої школи на ці цілі, є недостатнім. Щонайменше він повинен становити дві години на тиждень.

## **ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА**

**Загальний підсумок тренера.** Таким чином, нам вдалося на тренінгу встановити наступне:

1. Оскільки проблема здоров'я на сьогоднішній день одна з найактуальніших, впровадження відповідних просвітницьких курсів є життєвою необхідністю, що підтверджується великою кількістю урядових документів.
2. На необхідність забезпечення навчання дітей і молоді в галузі здоров'я вказує і ряд міжнародних документів, зокрема Конвенція ООН “Про права дитини”.

3. Серед факторів, що негативно впливають на здоров'я, провідним є невідповідний спосіб життя. Тому зміна стереотипів поведінки дітей та молоді в сторону мотивації до здорового способу життя — необхідна умова досягнення позитивного результату освітніх програм.
4. Позитивного результату можна досягти за рахунок впровадження в навчальний процес неперервної валеологічної освіти, яка буде ґрунтуватися на використанні активних методів навчання дітей та молоді життєвих навичок. Створення в навчальному закладі оптимальних психолого-педагогічних умов для всебічного розвитку особистості (*додаток 2.15*).
5. Обов'язковою умовою досягнення позитивного результату в галузі навчання дітей та молоді основ здоров'я і захищеної поведінки є міжгалузеве співробітництво і залучення до цієї справи не тільки освітян, а й працівників ЗМІ, правоохоронних органів, торгівлі, місцевого самоврядування, релігійних та громадських організацій, батьків і, нарешті, молодіжних об'єднань та організацій.

## ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Додаток 2.1

### **НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ОСНОВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ:**

#### **КОНСТИТУЦІЯ УКРАЇНИ**

*прийнято на п'ятій сесії Верховної Ради України  
28.06.96 року  
(витяг)*

##### **Розділ I. Загальні засади.**

**Стаття 3.** Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

##### **Розділ II. Права, свободи та обов'язки людини і громадянина.**

**Стаття 27.** Кожна людина має невід'ємне право на життя.

Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань.

**Стаття 49.** Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

**Стаття 50.** Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.

#### **НАЦІОНАЛЬНА ДОКТРИНА РОЗВИТКУ ОСВІТИ УКРАЇНИ В XXI ст.**

*затверджено Указом Президента України  
від 17.04.02 року № 347  
(витяг)*

##### **Здоров'я нації через освіту та фізичне виховання**

Державна політика у галузі освіти спрямована на забезпечення здоров'я людини в усіх її складових: духовній, соціальній, психічній, фізичній.

**Пріоритетним завданням системи освіти є навчання людини відповідальному ставленню до власного здоров'я та здоров'я оточуючих як до найвищих індивідуальних і суспільних цінностей.** Це здійснюється через розвиток ефективної валеологічної освіти, повноцінне медичне обслуговування, оптимізацію режиму навчально-виховного процесу, створення екологічно сприятливого життєвого простору.

Держава спільно з громадськістю сприяє збереженню здоров'я учасників навчально-виховного процесу, залученню їх до занять фізичною культурою і спортом, недопущенню в навчальних закладах будь-яких форм насильства.

Держава сприяє розгортанню та впровадженню результатів міжгалузевих наукових досліджень з проблем зміцнення здоров'я, організації медичної допомоги дітям, учням і студентам; якісному медичному обслуговуванню працівників освіти, вихованню здорового способу життя та культури поведінки особистості.

У всіх ланках системи вітчизняної освіти засобами фізичного виховання та фізкультурно-оздоровчої роботи закладаються основи для забезпечення й

розвитку фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я кожного члена суспільства.

Шляхи реалізації цих завдань:

- використання комплексного підходу до гармонійного формування розумових і фізичних якостей особистості;
- удосконалення фізичної й психологічної підготовки до подальшого активного життя і професійної діяльності на принципах, що забезпечують оздоровчу спрямованість та індивідуальність підходів;
- використання різноманітних форм рухової активності та інших засобів фізичного удосконалення.

За рахунок цього досягається істотне зниження захворюваності дітей, підлітків, молоді та інших категорій населення, підвищення рівня профілактичної роботи, стимулювання в людей різного віку потягу до здорового способу життя, зменшення впливу шкідливих звичок на здоров'я дітей і молоді.

Фізичне виховання як невід'ємна складова освіти забезпечує можливість отримання кожним необхідних науково обґрунтованих знань про здоров'я і засоби його зміцнення, шляхи і засоби протидії хворобам, методики досягнення високої працездатності та довготривалої творчої активності. Держава забезпечує в системі освіти розвиток масового спорту як важливої складової виховання молоді.

## **ЗАКОН УКРАЇНИ “ПРО ЗАГАЛЬНУ СЕРЕДНЮ ОСВІТУ”**

*від 13.05.99 року*

*(витяг)*

**Стаття 5.** Завдання загальної середньої освіти.

Завданням загальної середньої освіти є:

... виховання свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, формування гігієнічних навичок і засад здорового способу життя, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я учнів (вихованців).

### **КОНЦЕПЦІЯ**

#### **12-РІЧНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ**

*затверджено на спільному засіданні колегії МОН України та*

*Президії АПН України 22.11.01 року*

*(витяг)*

Основними завданнями загальноосвітньої школи є:

- різнобічний розвиток індивідуальності дитини на основі виявлення її задатків і здібностей, формування ціннісних орієнтацій, задоволення інтересів і потреб;
- збереження і зміцнення морального, фізичного і психічного здоров'я вихованців;
- виховання школяра як людини моральної, відповідальної, людини культурної з розвиненим естетичним і етичним ставленням до навколишнього світу і самої себе.

Школа – це простір життя дитини; тут вона не готується до життя, а повноцінно живе, і тому вся діяльність навчального закладу вибудовується так, щоб сприяти становленню особистості як творця і проектувальника власного

життя, гармонізації і гуманізації відносин між учнями і педагогами, школою і родиною, ґрунтуючись на ідеї самоцінності дитинства, діалогу, усвідомлення вибору особистого життєвого шляху.

## **ЗАКОН УКРАЇНИ “ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я”**

*від 19.11.92 року зі змінами і доповненнями,  
внесеними Законом України від 03.02.93 року,  
Декретом Кабінету Міністрів України  
№ 23 від 31.12.92 року  
(витяг)*

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутнім поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

### **Стаття 6.** Право на охорону здоров'я.

Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідний для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- участь в управлінні проектів здоров'я та проведення громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина.

**Стаття 28.** Створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку.

З метою забезпечення сприятливих умов для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством. Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їхній діяльності виконання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей і навколишнє середовище. Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

**Стаття 32.** Сприяння здоровому способу життя населення.

Держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом розповсюдження наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, в тому числі медичного контролю, для занять фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, на боротьбу зі шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв, забороняється у будь-яких формах реклама тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров'я людини. З метою запобігання шкоди здоров'ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров'я України розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних їм заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу.

**Стаття 59.** Піклування про зміцнення та охорону здоров'я дітей і підлітків.

Батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я своїх дітей, їхній фізичний та духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя. У разі порушення цього обов'язку, якщо воно завдає істотної шкоди здоров'ю дитини, винні у встановленому порядку можуть бути позбавлені батьківських прав. З метою виховання здорового молодого покоління з гармонійним розвитком фізичних і духовних сил держава забезпечує розвиток широкої мережі дитячих садків, шкіл-інтернатів, оздоровниць, таборів відпочинку та інших дитячих закладів. Дітям, які перебувають на вихованні в дитячих закладах і навчаються в школах, забезпечуються необхідні умови для збереження і зміцнення здоров'я та гігієнічного виховання. Умови навчально-трудового навантаження, а також вимоги щодо режиму проведення занять визначаються за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

**Стаття 62.** Контроль за охороною здоров'я дітей у дитячих виховних і навчальних закладах.

Контроль за охороною здоров'я дітей та проведенням оздоровчих заходів у дитячих виховних і навчальних закладах здійснюють органи та заклади охорони здоров'я разом з органами і закладами народної освіти за участю громадських організацій.

## НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА "РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я 2001-2005"

*затверджено Указом Президента України від 26.03.01 року № 203  
(витяг)*

Людина, її життя і здоров'я є найвищими соціальними цінностями держави, визначеними Конституцією України. Майбутнє держави обумовлюється комплексом політичних, економічних, соціальних факторів, що впливають на демографічну ситуацію в країні та стан здоров'я її населення.

Аналіз кількісних та якісних характеристик населення за останнє десятиріччя свідчить про те, що Україна перебуває в стані глибокої демографічної кризи, яка характеризується депопуляцією, старінням населення та зменшенням середньої тривалості життя. Це негативно впливає на розвиток продуктивних сил, рівень добробуту населення, загальну економічну ситуацію в державі.

Особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я, що є невід'ємною складовою частиною здоров'я нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства.

Заходи, здійснені в Україні протягом останніх років, сприяли створенню служби планування сім'ї, припиненню негативних процесів у сфері репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, обізнаності населення про контрацепцію та відповідальне батьківство.

Сьогодні показники захворюваності дітей і жінок репродуктивного віку, а також смертності немовлят та матерів досить високі. Кожна третя дитина має відхилення розвитку, відсутня тенденція до зниження рівня дитячої захворюваності. Материнська смертність удвічі перевищує середньоєвропейський рівень. Недостатній рівень медичного обслуговування, низький рівень обізнаності населення з проблемами репродуктивного здоров'я є одними з головних факторів, що призводять до високого рівня захворюваності та смертності жінок.

Протягом останніх років набули значного поширення хвороби, що передаються статевим шляхом, залишається високим показник виявлення онкогінекологічної патології, викликаній низьким рівнем інформованості населення про здоровий спосіб життя та необхідність регулярних профілактичних оглядів.

Недостатні соціальна та правова захищеність у сфері праці, контроль за дотриманням правил та норм охорони праці, техніки безпеки є одними з основних причин критичного стану здоров'я значної частини жінок, адже майже півмільйона їх нині працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам.

Такий стан справ зумовлює необхідність прийняття Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005", мета якої - поліпшення демографічної та соціально-економічної ситуації в державі, репродуктивного здоров'я населення.

### **Основні завдання Програми:**

- забезпечення правового та соціального захисту сім'ї, здійснення контролю за дотриманням роботодавцями законодавства про охорону праці жінок та молоді;
- створення соціальної, економічної бази для здійснення заходів щодо поліпшення демографічної ситуації в країні;

- поліпшення якості та доступності медичної допомоги, що надається з метою охорони репродуктивного здоров'я;
- удосконалення системного навчання і підвищення кваліфікації медичних, педагогічних кадрів, соціальних працівників з урахуванням сучасних науково обґрунтованих підходів до проблем репродуктивного здоров'я;
- сприяння подальшому розвитку системи виховання, спрямованої на формування в підлітків та молоді відповідального ставлення до репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, профілактики захворювань;
- пропаганда здорового способу життя, планування сім'ї, відповідального батьківства, безпечного материнства та залучення до цієї роботи засобів масової інформації;
- проведення наукових досліджень, спрямованих на вивчення сучасного стану репродуктивного здоров'я, визначення основних факторів ризику його порушень, розроблення науково обґрунтованих заходів профілактики;
- здійснення заходів щодо профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом;
- залучення громадських організацій до здійснення заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я та розвиток міжнародного співробітництва з цих питань.

Виконання Програми сприятиме формуванню здорового способу життя, відповідального ставлення кожного громадянина до репродуктивного здоров'я як однієї з важливих складових частин здоров'я в цілому, вдосконаленню і розвитку чинної нормативно-правової бази, оптимізації комплексу медичних послуг, їх орієнтації на профілактику захворювань, реалізації заходів щодо активної демографічної політики, здійсненню просвітницької діяльності та проведенню інформаційної кампанії, що дасть змогу поліпшити репродуктивне здоров'я населення, запровадити сучасні стратегії планування сім'ї і запобігання абортам, знизити материнську і перинатальну смертність та смертність дітей, рівень безпліддя, запобігання інфекційним хворобам, які передаються статевим шляхом, зниженню рівня онкологічних захворювань.

## **МІЖГАЛУЗЕВА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА “ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ” НА 2002-2011 РОКИ**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України  
від 10.01.02 року № 14  
(витяг)*

### **Загальні положення**

Ця Програма розроблена на виконання Указу Президента України від 8 серпня 2000 р. № 963 “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” і спрямована на задоволення потреб населення в охороні його здоров'я, забезпеченні прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя.

В основу розроблення Програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, а також принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Згідно з прийнятим у 1998 році ВООЗ документом “Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті” усі члени Євробюро ВООЗ повинні розробити і здійснювати таку політику на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримкою відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Цим і зумовлюється необхідність розроблення Програми.



Аналіз стану здоров'я населення України та діяльності закладів охорони здоров'я свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, низьку народжуваність, зростання смертності, від'ємний природний приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя, а також зростання поширеності хвороб.

У 1991—2000 роках чисельність населення скоротилася на 2,5 мільйона внаслідок перевищення смертності над народжуваністю. За останнє десятиліття народжуваність населення зменшилась на 35 %, смертність збільшилась на 18,6 %. Основними причинами смертності є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми та отруєння. Показники смертності від хвороб системи кровообігу в Україні найвищі серед європейських країн.

Протягом останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя у чоловіків скоротилася на 2,4, у жінок – на 0,9 року. Різниця в тривалості життя в Україні і країнах Західної Європи становить для чоловічого населення 12,8, жіночого – 7,8 року.

У структурі захворюваності переважають хронічні неінфекційні хвороби (серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, психічні та ендокринні розлади, алергічні прояви), які характеризуються негативною динамікою.

Поширеність серцево-судинної патології збільшилась за останнє десятиліття в 1,9 рази, онкологічної патології – на 18 %, бронхіальної астми – на 35,2 %, цукрового діабету – на 10,1 %. Сьогодні в Україні кожен п'ятий житель хворіє на артеріальну гіпертензію. Зростають захворюваність і смертність від раку у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією та значним постарінням населення.

Незважаючи на зменшення протягом останнього десятиліття кількості травм і отруєнь, рівень їх залишається високим. Важливою проблемою є зростання захворюваності на соціально небезпечні хвороби, зокрема туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом. Захворюваність на туберкульоз збільшилась за 10 років в 1,9 рази, поширеність – на 34,3 %. Значно поширені наркологічні розлади.

Високі рівні захворюваності обумовлюють збільшення кількості інвалідів, яка становить сьогодні 2,5 млн. осіб.

Рівень санітарної культури населення країни залишається невисоким, значна його частина має шкідливі для здоров'я звички. Поширеність тютюнопаління в Україні, особливо серед працездатного населення, є однією з найбільш високих у Європі. За поширеністю тютюнопаління серед чоловіків Україна входить до першої десятки європейських країн. У максимальній дітородному віці (20-39 років) палить кожна третя-четверта жінка (за 20 останніх років показник зріс у 4 рази).

Надзвичайно низьким є показник чисельності населення, яке регулярно займається фізичною культурою, - у середньому 6-8%. Залишається вкрай бідною інфраструктура та індустрія здоров'я.

Напружена екологічна та санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні останніми роками, пов'язана із забрудненням довкілля, в тому числі і джерел водопостачання, неочищеними стічними побутовими та промисловими водами, відходами, незадовільним санітарно-комунальним станом населених пунктів, об'єктів харчування, торгівлі. *Загальна маса нагромадження на території України токсичних відходів перевищує 4 млрд тон.*

Погіршення стану здоров'я зумовлене, насамперед, комплексом не медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників, недосконалим способом життя населення. Тому поліпшення здоров'я неможливе без істотних соціально-економічних змін.

Оскільки здоров'я населення є результатом діяльності не тільки галузі охорони здоров'я, а інтегральним показником успішності функціонування держави, усіх її інституцій, в основу розроблення Програми покладено міжгалузевий комплексний підхід.

**НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА  
ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ ГРОМАДЯН,  
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, РОЗВИТКУ ДУХОВНОСТІ  
ТА ЗМІЦНЕННЯ МОРАЛЬНИХ ЗАСАД СУСПІЛЬСТВА**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України  
від 15.09.99 року № 1697*

*(витяг)*

Стан соціально-економічного, суспільно-політичного та духовно-культурного розвитку населення на межі ХХ і ХХІ століть зумовлює необхідність підвищення рівня освіченості громадян на основі надбань вітчизняної та зарубіжної психолого-педагогічної науки, передового досвіду, організації виховної роботи серед населення відповідно до сучасних потреб суспільства. Недостатність нормативно-правової бази і науково-методичних розробок призвели до послаблення виховної роботи, що зумовило дезорієнтацію певної частини населення стосовно моральних і життєвих цінностей.

Розбудова суверенної, демократичної, правової держави потребує від органів виконавчої влади, громадських та релігійних організацій вжиття заходів щодо розвитку в громадян духовності, виховання патріотизму та поваги до історичної спадщини українського народу, впровадження у суспільну свідомість співвітчизників загальнолюдських моральних цінностей, виховання оптимізму та впевненості кожної людини у своєму майбутньому, формування здорового способу життя. Це і визначає актуальність створення Національної програми патріотичного виховання громадян, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства (далі – Програма).

В основу Програми покладено Конституцію України, Закони України "Про освіту", "Про загальну середню освіту", "Про професійно-технічну освіту", "Про свободу совісті та релігійні організації", "Про фізичну культуру і спорт". Декларацію про загальні засади державної політики України стосовно сім'ї та жінки. Укази Президента України "Про Концепцію роботи у Збройних силах України та інших військових формуваннях України" від 4 вересня 1998 р. № 981, "Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя громадян" від 27 квітня 1999 р. № 456, комплексні заходи щодо реалізації молодіжної політики в Україні ("Молодь України"), Національну програму "Освіта" (Україна ХХІ століття), Концепцію виховання дітей і молоді в національній системі освіти. Концептуальні засади гуманітарної освіти в Україні (вища школа). Концепцію фізичного виховання в системі освіти України, Концептуальні засади подальшого розвитку фізично/культури і спорту в Україні, Цільову комплексну програму "Фізичне виховання – здоров'я нації" та інші нормативно-правові документи.

***Програма спрямована на:***

- поліпшення патріотичного виховання громадян України;

- формування всебічно розвиненої, високоосвіченої, соціально активної особистості, здатної до самовдосконалення та самореалізації, виховання в неї почуття відповідальності, високої духовності;
- координацію діяльності органів виконавчої влади всіх рівнів, громадських і релігійних організацій, навчальних і культурно-просвітницьких закладів, пов'язаних з патріотичним вихованням, розвитком духовності, захистом моралі та формуванням здорового способу життя;
- утвердження конституційних положень про те, що людина, її життя та здоров'я, честь та гідність, недоторканність і безпека є найвищою соціальною цінністю.

**Основні завдання Програми:**

- утвердження в масовій свідомості громадян історично притаманних українському народові високих моральних цінностей, спрямованих на засвоєння кращих зразків вітчизняної та світової духовної спадщини;
- забезпечення духовно-морального розвитку населення, виховання патріотизму, високої політичної культури та трудової моралі, використання зусиль громадян у суспільно корисних справах, сприяння утвердженню соціального оптимізму в світогляді населення;
- запобігання негативному впливу на свідомість громадян інформації, що містить елементи жорстокості, бездуховності, насильства, порнографії, пропагує тютюнопаління, наркоманію, пияцтво, антисоціальну поведінку;
- впровадження в суспільну свідомість переваг здорового способу життя, формування національного культу соціально активної, фізично здорової та духовно багатой особистості.

**ОСНОВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ  
ДУХОВНОСТІ, ЗАХИСТУ МОРАЛІ ТА ФОРМУВАННЯ  
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ**

*затверджено Указом Президента України від 27.04.99 року № 456  
(витяг)*

Останнім часом в Україні розвиваються негативні процеси в духовній сфері, деформуються моральні засади суспільства. Цьому сприяють пропаганда жорстокості, бездуховності, насильства, послаблення виховної роботи з боку органів виконавчої влади, закладів освіти і культури.

З метою утвердження конституційних положень про те, що людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека визнаються найвищою соціальною цінністю, розвитку вищезазначених негативних явищ слід покласти край.

Розбудова суверенної і незалежної, демократичної, соціальної, правової держави потребує активізації зусиль органів виконавчої влади, громадських та релігійних організацій, спрямованих на розвиток духовності, виховання патріотизму та поваги до історичної спадщини українського народу, укорінення в суспільній свідомості загальнолюдських моральних цінностей, виховання соціального оптимізму та певності кожного громадянина у своєму майбутньому, формування здорового способу життя.

Діяльність органів виконавчої влади, громадських і релігійних організацій, навчальних, культурно-просвітницьких закладів у цій сфері повинна бути зосереджена на таких напрямках:

- утвердження в масовій свідомості громадян історично притаманних українському народові високих моральних цінностей, спрямованих на засвоєння кращих зразків вітчизняної та світової духовної спадщини;
- сприяння ствердженню соціального оптимізму у світоглядних настановах населення;
- забезпечення духовно-морального розвитку населення, виховання патріотизму, високої політичної культури та трудової моралі, використання енергії й зусиль громадян у суспільно корисних справах;
- запобігання негативному впливу на свідомість громадян інформації, що містить елементи жорстокості, насильства, порнографії, пропагує наркоманію, пияцтво, алкоголізм та тютюнопаління, випадкам девіантної та антисоціальної поведінки;
- впровадження в суспільну свідомість переваг здорового способу життя, формування національного культу соціально активної, фізично здорової та духовно багатой особистості;
- надання комплексної соціально-психологічної допомоги найменш захищеним верствам населення.

**УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ від 15.03.02 № 258**  
**“Про невідкладні додаткові заходи щодо зміцнення**  
**моральності у суспільстві та утвердження**  
**здорового способу життя”**  
*(витяг)*

Установити, що захист моральності, утвердження в суспільстві загальнолюдських гуманістичних цінностей, здорового способу життя, докорінне вдосконалення системи духовного, морально-етичного, патріотичного, правового, естетичного та екологічного виховання перш за все молоді та дітей, забезпечення реалізації відповідних конституційних прав і свобод людини і громадина, захист прав та інтересів дитини, підвищення суспільного значення сім'ї, утвердження шанобливого ставлення до жінки, постійна турбота про підростаюче покоління, його виховання, широке залучення до цієї загальнонародної справи творчих спілок, органів місцевого самоврядування, всієї громадськості є на сучасному етапі одним із найпріоритетніших напрямів діяльності Кабінету Міністрів України, всіх центральних та місцевих органів виконавчої влади, інших державних органів, навчальних закладів, засобів масової інформації та правоохоронних органів.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАРЛАМЕНТСЬКИХ СЛУХАНЬ**  
**“Демографічна криза в Україні: її причини та наслідки”**  
*затверджено Постановою Верховної Ради України*  
*від 05.06.03 року N 940-IV*  
*(витяг)*

Протягом останніх десяти років чисельність населення України зменшилася майже на чотири з половиною мільйони осіб. Різко знизилася народжуваність, зросла смертність, зокрема смертність людей працездатного віку. Це спричинило випереджаюче скорочення працездатного населення, небезпечне зменшення трудового і демовідтворюючого потенціалу, що загрожує сповзанням України в деградаційну спіраль, за якою робоча сила вибуває і не відтворюється. На демографічній ситуації в країні негативно позначається наростання міграційних процесів - від'їзд багатьох громадян України на постійне проживання до інших держав, а також пошук мільйонами людей роботи за кордоном.

Деформоване соціальне середовище, руйнуючи фізичне, психічне та духовне здоров'я людей, знижує їх життєву активність, творчу продуктивність, створює психоемоційний дискомфорт. За таких умов людина як основний суб'єкт соціальної життєдіяльності перестає бути повноцінним учасником преси і оздоровлення суспільства.

Прийняті Урядом України за останні роки концепції і програми розвитку охорони здоров'я населення України, безпечного материнства, державної політики у сфері здійснення контролю над тютюном, заохочення народжуваності, боротьби із захворюванням на туберкульоз, запобігання захворюванням на СНІД та профілактики ВІЛ-інфекцій, зміцнення моральності у суспільстві та утвердження здорового способу життя виконуються не повністю і не справляють відчутного впливу на ситуацію у демографічній сфері.

Загострення демографічної ситуації обумовлене насамперед критичним станом вітчизняної економіки, руйнацією соціальної сфери, особливо на селі, зубожінням мільйонів людей, поглибленням майнового розшарування в суспільстві. За індексом людського розвитку ООН, головними компонентами якого є очікувана тривалість життя, рівень освіти, добробуту населення, Україна, яка десять років тому займала серед 173 країн сорок п'яту позицію, опустилася на сто другу позицію.

Враховуючи вищенаведене, Верховна Рада України рекомендує Кабінету Міністрів України:

5. Звернути особливу увагу на необхідність докорінного поліпшення охорони здоров'я, забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення, пропаганду і стимулювання здорового способу життя, репродуктивного здоров'я, безпечного материнства, виховання демовідтворюючої духовності і моральності.

## **ПРОГРАМА ДІЯЛЬНОСТІ КМУ "НАЗУСТРІЧ ЛЮДЯМ"**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України  
від 04.02.05 року N 115  
(витяг)*

### **Сімейні цінності**

Основним завданням політики Уряду щодо сім'ї, жінок, дітей та молоді стане подолання тенденції стрімкого скорочення населення. Уряд ставить за мету посилення інституту сім'ї та державну підтримку народжуваності. Сім'я визнаватиметься однією з ключових суспільних цінностей. Державна політика спрямовуватиметься на утвердження такої соціальної норми, як достатньо матеріально забезпечена, соціально благополучна та духовно і фізично здорова повна родина з двома та більше дітьми. З метою поліпшення стану сім'ї, жінок, дітей та молоді Уряд забезпечуватиме:

- виявлення будь-якої дискримінації жінок на ринку праці;
- досягнення належного рівня фізичного здоров'я молоді;
- підтримку діяльності громадських та релігійних організацій, спрямовану на піднесення національного патріотизму та зміцнення духовності молодих громадян;
- посилення відповідальності за продаж неповнолітнім тютюнових виробів та алкогольних напоїв (включаючи слабоалкогольні).

### **Охорона здоров'я**

- пропагування здорового способу життя.

**ПЛАН ЗАХОДІВ**  
**щодо виконання у 2005 році програми КМУ**  
**"НАЗУСТРІЧ ЛЮДЯМ"**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України*  
*від 06.05.05 року N 324*  
*(витяг)*

**Пропагування здорового способу життя**

52. Підготувати проекти постанов МОЗ Кабінету Міністрів України про затвердження:

- 1) Національного плану (програми) дій з боротьби із вживанням алкоголю
- 2) Плану дій з профілактики та боротьби з наркоманією
- 3) Загальнодержавного плану дій щодо формування здорового способу життя
- 4) Державного цільового комплексного плану профілактики та подолання тютюнопаління.

**НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ**  
**КУРСІВ З ПИТАНЬ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (витягу):**

**Національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України*  
*від 15.09.99 року № 1697*

54. Вивчати і пропагувати кращий досвід фізичного виховання, формування здорового способу життя.

Держкомспорт, МОЗ, Міносвіти  
Постійно

61. Проводити широкомасштабні інформаційні кампанії для запобігання протиправній поведінці, наркоманії, алкоголізму, захворюваності на ВІЛ/СНІД та хвороби, що передаються статевим шляхом.

Міністерства  
Постійно

89. Сприяти організації експериментальних педагогічних майданчиків для проведення виховної роботи.

АПН, НАН, Міносвіти  
Постійно

**Заходи щодо реалізації Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу**  
**на 2001-2003 роки**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України*  
*від 11.07.01 року № 790*

1. Розробити і запровадити в загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладах, закладах післядипломної освіти навчальні програми, курси з питань здорового способу життя, в яких передбачити вивчення тем щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

МОН, Міноборони, МВС, СБУ та ін.  
2001-2003 роки.

5. Підготувати і видати навчальні посібники, дидактичні та відеоматеріали, призначені для педагогічних, медичних працівників, учнів, студентів та їх батьків, питань формування здорового способу життя, профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

МОН, МОЗ,  
Держкоммолодьспорттуризм  
2001-2003 роки.

8. Розробити і видати для педагогічних, медичних працівників методичні матеріали щодо проведення семінарів з проблем пропаганди серед дітей та молоді здорового способу життя, профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та започаткувати проведення таких семінарів.

МОН, МОЗ,  
Держкоммолодьспорттуризм  
2001-2003 роки.

9. Організувати проведення семінарів для студентів (учнів) волонтерів з метою проведення роботи з молоддю за методом передачі знань "рівний-рівному".

МОН,  
Держкоммолодьспорттуризм  
2001-2003 роки.

15. Створити пілотні регіональні центри з проведення інформаційно-освітньої роботи з дітьми, молоддю, батьками і педагогами з метою формування мотивації до здорового способу життя і навичок безпечної поведінки.

Рада міністрів АРК, обласні,  
Київська та Севастопольська  
держадміністрації, МОН  
2001-2003 роки.

**Заходи щодо реалізації Указу Президента України від 07.12.00 року  
№ 1313 "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України"  
затверджено Постановою Кабінету Міністрів України  
від 09.08.01 року № 960**

3. Розробити проекти Указів Президента України:

Про Концепцію державної політики щодо алкоголю та наркотиків.

МОЗ, АМН, МОН, АПН та ін.  
2001-2002 роки.

Про Концепцію медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Мінпраці, МОЗ, Мінфін,  
Мінекономіки, МОН, АМН,  
Держкоммолодьспорттуризм  
2001-2002 роки.

12. Запровадити державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання населення через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичної культури, інші соціальні інститути та засоби масової інформації

МОН, АПН, МОЗ, АМН  
2001-2005 роки.

22. З метою забезпечення уніфікованого контролю за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я запровадити систему ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах незалежно від їх підпорядкування

МОЗ, МОН  
2001-2003 роки.

23. Розробити ДСВ медичної та фармацевтичної освіти, ОКХ і ОПП та засоби діагностики рівня знань медичних та фармацевтичних працівників  
МОН, МОЗ, Мінпраці  
2001-2004 роки.

24. Удосконалити систему підготовки медичних сестер, розробити й реалізувати програму розвитку сестринства, розширити функції медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу у лікарях  
МОН, МОЗ  
2001-2003 роки.

**Комплексна програма профілактики злочинності  
на 2001-2005 роки**

*затверджено Указом Президента України від 25.12.00 року № 1376*

67. Розробити і запровадити сучасні методи раннього виявлення схильності дітей до наркоманії для проведення з ними індивідуальної роботи. Активізувати психологічний і педагогічний антинаркоманійний вплив на учнівську та студентську молодь.

АПН, МОН, МОЗ  
2001 рік

68. Систематично проводити соціально-психологічний моніторинг причин поширення наркоманії, пияцтва та захворювання на СНІД в учнівському та студентському середовищі.

АПН, МОН, МОЗ  
2001-2005 роки

70. Забезпечити видання методичної та довідкової літератури з питань запобігання негативним проявам у дитячому середовищі для батьків, спеціалістів, які працюють з дітьми у загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладах і установах, та широкого кола громадськості.

МОН, АПН,  
Держкоммолодьспорттуризм,  
2001-2005 роки

71. Здійснити науково-методичне забезпечення роботи серед учнівської та студентської молоді з профілактики алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління і СНІДу, пропаганди здорового способу життя.

МОН, АПН,  
Держкоммолодьспорттуризм,  
2001-2005 роки

82. Утворити в регіонах базові навчальні центри при наркологічних закладах для фахівців системи освіти (дошкільні та загальноосвітні заклади)... для отримання навичок профілактичної антиалкогольної та антинаркотичної роботи серед дітей та молоді.

МОЗ, МОН, Держкоммолодьспорттуризм  
2001-2002 роки



**Програма “Українська родина”**  
*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України*  
*від 14.04.01 року № 243*

12. Вжити заходів для включення до навчальних програм загальноосвітніх та вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації теми з питань державної сімейної політики, родинознавства, демографії, ролі сім'ї в процесах державотворення  
МОН, МОЗ, НАН, АПН  
починаючи з 2001 року

**Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.01 року № 479**  
**“Про Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння гендерній рівності у суспільстві на 2001-2005 роки”**

8. Організувати проведення просвітницьких заходів і розробити інформаційно-методичні матеріали з питань збереження та зміцнення здоров'я жінок та дітей.  
МОЗ, МОН, Держкоммолодьспорттуризм 2001-2005

18. Включити до навчальних програм загальноосвітніх і вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації теми з питань запобігання насильству та торгівлі людьми.  
МОН, Держкоммолодьспорттуризм 2001-2005

**Лист Міністерства освіти і науки України від 25.12.03 1/9-595**  
**“Про підвищення ефективності роботи щодо формування у студентів культури здоров'я”**

1. Впровадити у навчальний процес на I курсі вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації дисципліну “Основи валеології” за рахунок варіативної компоненти навчального плану в обсязі 54 годин. Форма контролю знань студентів – залік.

2. Навчання з “Основ валеології” здійснювати з урахуванням програми, рекомендованої науково-методичною комісією з культури здоров'я МОН, що надрукована в журналі “Інформаційний вісник вищої освіти” № 6, 2001р.

3. Для викладання зазначеної навчальної дисципліни залучати спеціалістів, які мають медичну, біологічну або валеологічну освіту.

4. Для санітарно-просвітницької позааудиторної роботи використовувати “Інформаційно-аналітичні матеріали на допомогу викладачам і кураторам академічних груп”, розміщені в журналі “Інформаційний вісник вищої освіти” № 12, 2004 р.

*Додаток 2.2.*

**СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Україна постійно поповнювала страшні спустошення, заподіяні їй монголо-татарами, громадянською війною, голодомором, другою світовою війною. Сучасний же аналіз перебігу демографічних процесів і даних про стан здоров'я нашого населення свідчить про те, що в країні склалася демографічна криза. Смертність переважає над народжуваністю більше, ніж у 2 рази (в 2000 р. у країні народилось 385 тис. чоловік, померло 764 тис.). Водночас, за кількістю хірургічних втручань щодо штучного припинення вагітності (біля 0,5 млн. на рік), Україна займає одне з перших місць у світі в розрахунку на кількість населення. Протягом 1991-2000 р.р. чисель-

ність населення скоротилась на 2,5 мпн. внаслідок перевищення смертності над народжуваністю.

Тривалість життя в порівнянні з 1986 р. скорочується. За даними офіційної статистики у 2000 р. середня тривалість життя чоловіків в Україні становила 62 роки, проти 66 у 1986 р. Водночас цей показник упродовж останніх 20 років у більшості країн світу покращився. В Центральній Америці й Азії він збільшився на 10-11 років, у країнах Східної Європи – на 2-3.

Причини загальної смертності по всіх регіонах України практично не відрізняються. Найчастіше, як чоловіки (48,5%), так і жінки (66,5) помирають від серцево-судинних хвороб. Від нещасних випадків, отруєнь і травм смертність серед чоловіків становить 16,2%, а серед жінок – 4,4%, від злоякісних новоутворень серед чоловіків – 14,5%, серед жінок 10,9%, від хвороб органів дихання серед чоловіків – 7,6%, серед жінок – 3,8%. В Україні смертність чоловіків у всіх вікових групах вища, ніж смертність жінок.

Серед новонароджених кожне 3 немовля має певні генетичні вади, а кожна 17 дитина народжується психічно неповноцінною. Основними причинами дитячої смертності є вроджені вади розвитку, патологія органів дихання, інфекційні хвороби, нещасні випадки, травми. Високим є рівень мертвонароджуваності. За рівнем смертності немовлят Україна займає 49 місце у світі.

Внаслідок зменшення народжуваності зменшується кількість підлітків, віком 15-17 років, які складають репродуктивний потенціал нашої країни. Саме ці юнаки і дівчата в найближчий час будуть визначати приріст населення.

Народження великої кількості дітей з вадами розвитку зумовлює ріст і без того високих показників інвалідизації населення. Сьогодні в Україні налічується майже 150 тис. дорослих інвалідів з дитинства і понад 160 тис. дітей-інвалідів. Вагомим чинником інвалідизації дітей є зловживання майбутніми батьками алкоголю, наркотиків та тютюнопаління.

Занепокоєння викликає здоров'я школярів. За 1991-2000 р. захворюваність дітей шкільного віку зростає на 34,1%. Перелік хронічних хвороб учнів загальноосвітніх шкіл різноманітний. Лише один з десяти першокласників сьогодні не має патології. Результати досліджень показують, що за останні роки тенденція до погіршення стану здоров'я учнів набула сталого характеру. За період навчання у школі кількість хронічних захворювань у дітей збільшується в 1,5-2 рази. Відмічається значне омоложення "хвороб похилого віку", зокрема, онкозахворювань. Є випадки інсультів та інфарктів у дітей віком до 15 років.

Щодо інфекційних хвороб – підвищена захворюваність на грип, кишкові інфекції, тяжкі форми сальмонельозу, дизентерії, гепатитів. Кількість хворих на туберкульоз у 2000 р. збільшилась майже в 2 рази порівняно з 1990 р. Смертність від туберкульозу на даний час складає 16,3 на 100 тис. населення і підвищилася майже у 6 разів, порівнюючи з 1996 р. Цей показник в Україні вищий, ніж у Японії в 2,4 раза і в 5,6 раза – ніж у Франції.

Поступово зростає кількість осіб, що мають злоякісні новоутворення. Однак, розповсюдженість цих хвороб в Україні майже не відрізняється від країн Західної Європи. У структурі захворюваності серед чоловіків найбільш поширені: рак трахеї, бронхів, легень, шлунка, шкіри, лімфатичної системи та кровотворної тканини, прямої кишки. Серед жінок – рак молочної залози, тіла та шийки матки. Чоловіки хворіють на рак гортані у 32 рази, трахеї, бронхів та легень – у 5-6 разів, шлунка – у 1,8 раза частіше, ніж жінки, що безумовно є наслідком паління.

За останні роки значно зросла захворюваність на венеричні хвороби як серед дорослих, так і серед підлітків. Захворюваність на сифіліс статистично свідчить про епідемію. Загальна кількість хворих збільшилась з 9,7 у 1991 р. до 91,5 на 100 тис. населення у 2000 р. В Україні також розповсюджується епідемія СНІДу, яка має найбільші темпи росту в СНД. Згідно з даними МОЗ України на 1 березня 2005 року в Україні офіційно зареєстровано 76875 ВІЛ-інфікованих громадян України і 314 іноземців; серед ВІЛ-інфікованих громадян України 8894 дітей; з діагнозом СНІД – понад 9 тис. людей. Але насправді ситуація значно складніша. Спеціалісти вважають, що виявляють приблизно кожного десятого з реальних вірусоносіїв, тобто поруч з нами вже живе майже 350 тис. людей з вірусом імунодефіциту. А за прогнозами, у 2007-2010 р.р. в Україні буде від 0,5 до 2,5 млн. ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Найвищий рівень захворюваності має вікова група від 15 до 29 років, тобто група з найбільшою сексуальною активністю та здатністю до реалізації репродуктивної функції. Це негативно впливає на соматичне та репродуктивне здоров'я молоді і може бути причиною народження ВІЛ-інфікованих дітей.

Статистика свідчить про постійне зростання безплідності, на нездатність багатьох жінок виносити і народити дитину. Жіноче та чоловіче безпліддя зумовлене багатьма причинами. Серед них, на першому місці знаходяться запальні процеси різної етіології. Навіть серед дівчат 15-17 років майже 8% страждають на запалення жіночих статевих органів, які в основному є ускладненням після штучного припинення вагітності.

Недостатня поінформованість молоді з проблем планування сім'ї та лібералізація сексуальних стосунків зумовлюють підвищений інтерес підлітків до цієї сфери, випадкові та ранні сексуальні зв'язки, що за браком знань про засоби контрацепції та профілактику венеричних захворювань веде не тільки до поширення венеричних хвороб, а й до ранньої вагітності. Щорічно реєструють близько 300 випадків штучного припинення вагітності у дівчат до 14 років та понад 30 тис. – у дівчат 15-17 років. Незапланована вагітність може призвести до народження хворої дитини, яка поповнить ряди дітей-інвалідів, а небажані діти – ряди дітей-сиріт. Сьогодні держава опікується понад 110 тис. соціальних сиріт, більшість з яких мають живих батьків.

Упродовж останнього десятиліття значно зросла кількість самогубств. За даними головного психіатра України, юнаки у 8-10 разів частіше, ніж дівчата, вдаються до самогубства. Дівчата теж намагаються вирішити свої проблеми за допомогою спроб суїциду, але смертність серед них значно нижча, ніж серед юнаків. Формування суїцидальної поведінки часто пов'язане з перенесеними психічними травмами: різними формами насильства, особливо сексуального, смертю близьких та рідних, сімейними конфліктами, а також конфліктами у школі і з однолітками. Проблема самогубства серед молоді для свого вирішення потребує об'єднання зусиль педагогів, психологів та медиків.

Найболючішою проблемою сьогодення є зростання кількості осіб, що вживають алкогольні напої та наркотичні й психотропні речовини. В 2000 р. в Україні було зареєстровано понад 700 тис. хронічних алкоголік\* і 67 тис. наркоманів. Враховуючи те, що кількість зареєстрованих алкоголіків складає лише 1/3, а наркоманів – 1/10-1/14 від реальної кількості хворих, можна вважати, що загальна кількість осіб, залежних від алкоголю і наркотиків перевищує 3 млн. (приблизно 7% працездатного населення України) В основному це люди репродуктивного віку.

*\* Алкоголізм – одна з форм наркотичної залежності, а алкоголь – найслабший природний наркотик.*

### СУЧАСНА ЕКОЛОГО-ГЕОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

В Україні, яка мала в цілому сприятливі умови життя, розгорнулись негативні процеси, що проявляються в якісному стані компонентів природи. Посилюється радіоактивне, хімічне, електромагнітне та інші види забруднень, що значною мірою впливають на якість життя організмів, а стосовно населення – на його захворюваність та тривалість життя.

У мережі населених пунктів України провідну роль відіграють великі міста, їх налічується 24 з населенням понад 250 тис. Найвищий рівень урбанізації спостерігається у Донецькій області – 90,3%, Луганській – 86,4%, Харківській – 78,6%. Зрозуміло, що з таким рівнем концентрації населення пов'язане зосередження промислового виробництва, що спричиняє погіршення екологічної ситуації і, відповідно, стану здоров'я людей. Особливо великою є частка потенційно небезпечних виробництв у Луганській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Київській та Харківській областях. Потенційно небезпечні виробництва становлять велику питому вагу в структурі промислового виробництва – в цілому по Україні на них припадає 42,8% вартості промислових фондів, 33,8% обсягів виробництва і 21% працюючих.

Найбільш екологічно неблагополучні території України площею 61 тис. км<sup>2</sup>, де забруднення повітря у 20-250 разів перевищує нормативи, води – у 5-45, ґрунту в 2-10 разів, знаходяться в районах Придніпров'я, Донбасу, східно-Причорномор'я, Чорнобильської АС.

Між станом здоров'я людей та рівнем забруднення середовища існує тісний взаємозв'язок. Так, негативного впливу атмосферних забруднень в Україні зазнає біля 17 млн. чоловік (34% населення). У середньому в атмосферу за рік потрапляє понад 300 кг різноманітного бруду в розрахунку на кожного жителя. Частота вроджених вад розвитку дітей у забруднених містах в 3-4 рази вища, ніж у відносно чистих. У районі металургійних центрів Донбасу хвороби органів дихання у дітей реєструються вдвічі частіше, порівняно з відносно чистими. В Сєвєродонецьку, Рубіжному, Черкасах, де панує хімічна промисловість, загальний рівень захворюваності населення на 25-40% вищий. Окрім високої захворюваності органів дихання, тут багато хвороб алергічного, онкологічного характеру, вад розвитку. В Рубіжному захворюваність дітей на злаякісні новоутворення в 6-8 разів перевищує середню по Україні, а в Кременчуці – в 5-7 разів більше захворювань крові.

Екологічні умови життя людини дуже важливі, вони визначають рівень здоров'я приблизно на 15 %. Провідним же фактором у формуванні і збереженні здоров'я є спосіб життя.

### ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБ

Під **факторами ризику** розуміють умови, обставини, конкретні причини, які більше, ніж інші відповідальні за виникнення і розвиток хвороби. Узагальнення результатів великої кількості вітчизняних і зарубіжних досліджень дає можливість поєднати фактори ризику в чотири основні групи:

- **фактори ризику способу життя** (неправильне харчування, гіподинамія, стресове навантаження, паління, вживання алкоголю, наркотичних речовин та нейротропних фармакологічних препаратів, ризикована статева поведінка тощо);
- **спадкові фактори** (спадкові хвороби та схильність до виникнення певних хвороб);
- **фактори**, пов'язані зі станом **довкілля і соціальними умовами** життя (хімічне, радіаційне забруднення повітря, ґрунту, води, продуктів харчування умови праці, побуту, рівень культури, процеси урбанізації, підвищення шумового фону, геліокосмічний, метеорологічний та інші впливи);
- **фактори**, що виникають внаслідок недостатньої ефективності **профілактичних заходів**, низької якості та несвоєчасності медичної допомоги, слабкої матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я тощо.

Існують також інші підходи до класифікації факторів ризику і захисту. Традиційно їх поділяють на три групи: “особисті”, “сімейні” і “соціальні”. Останні, у свою чергу, можна поділити на ті, що пов'язані з близьким оточенням, оточенням у навчальному закладі, або на виробництві та загальносоціальні.

*Додаток 2.5*

## КОНВЕНЦІЯ ООН ПРО ПРАВА ДИТИНИ

*(скорочений варіант)*

### **Стаття 1.**

Дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку.

### **Стаття 2.**

Повага та забезпечення за кожною дитиною всіх прав, без будь-якої дискримінації.

### **Стаття 3.**

Забезпечення дитині захисту та піклування, які необхідні для її благополуччя.

### **Стаття 4.**

Держави-сторони вживають всіх необхідних заходів щодо здійснення прав дитини.

### **Стаття 5.**

Держави-сторони поважають відповідальність, права та обов'язки батьків, що за законом відповідають за дитину.

### **Стаття 6.**

Кожна дитина має невід'ємне право на життя.

### **Стаття 7.**

Кожна дитина має право на ім'я і набуття громадянства.

### **Стаття 8.**

Кожна дитина має право на збереження індивідуальності.

### **Стаття 9.**

Кожна дитина має право не розлучатися з батьками.

### **Стаття 10.**

Дитина, батьки якої проживають у різних державах, має право підтримувати стосунки і контакти з обома батьками.

### **Стаття 11.**

Держави-сторони вживають заходів щодо боротьби з незаконним переміщенням і неповерненням дітей із-за кордону.

**Стаття 12.**

Кожна дитина має право вільно висловлювати свої погляди.

**Стаття 13.**

Кожна дитина має право вільно висловлювати свої думки, одержувати та передавати інформацію на свій вибір.

**Стаття 14.**

Кожна дитина має право на свободу думки, совісті та релігії.

**Стаття 15.**

Кожна дитина має право на свободу асоціацій та мирних зборів.

**Стаття 16.**

Кожна дитина має право на невтручання в особисте та сімейне життя.

**Стаття 17.**

Кожна дитина має право на доступ до інформації.

**Стаття 18.**

Спільна та однакова відповідальність обох батьків за виховання і розвиток дитини.

**Стаття 19.**

Захист дитини від усіх форм фізичного та психічного насильства.

**Стаття 20.**

Дитина, яка тимчасово або постійно позбавлена сімейного оточення, має право на особливий захист та допомогу, що надається державою.

**Стаття 21.**

Держави-сторони дозволяють існування системи усиновлення.

**Стаття 22.**

Забезпечення дитині права одержати статус біженця.

**Стаття 23.**

Право неповноцінної дитини в розумовому або фізичному відношенні на особливе піклування.

**Стаття 24.**

Кожна дитина має право на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я.

**Стаття 25.**

Кожна дитина має право на піклування.

**Стаття 26.**

Кожна дитина має право користуватися благами соціального забезпечення.

**Стаття 27.**

Кожна дитина має право на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, морального та соціального розвитку дитини.

**Стаття 28.**

Кожна дитина має право на освіту.

**Стаття 29.**

Освіта дитини має бути спрямована на розвиток особи, талантів, розумових і фізичних здібностей дитини в найповнішому обсязі; на підготовку дитини до свідомого життя у суспільстві.

**Стаття 30.**

Кожна дитина має право користуватися своєю культурою, сповідувати свою релігію, виконувати обряди, користуватися рідною мовою.

**Стаття 31.**

Кожна дитина має право на відпочинок і дозвілля.

**Стаття 32.**

Кожна дитина має право на захист від економічної експлуатації та від виконання будь-якої роботи.

**Стаття 33.**

Кожна дитина має право на захист від незаконного зловживання наркотичними засобами та психотропними речовинами.

**Стаття 34.**

Кожна дитина має право на захист від усіх форм сексуальної експлуатації.

**Стаття 35.**

Держави-сторони вживають заходи щодо відвернення викрадень дітей, торгівлі дітьми чи їх контрабанди.

**Стаття 36.**

Кожна дитина має право на захист від усіх форм експлуатації, що завдають шкоди добробуту дитини.

**Стаття 37.**

Жодна дитина не повинна піддаватися катуванням та іншим жорстоким, нелюдським видам поводження чи покарання.

**Стаття 38.**

Захист дитини у випадку збройного конфлікту.

**Стаття 39.**

Заходи для сприяння фізичному та психологічному відновленню дитини, яка є жертвою будь-яких видів нехтування, експлуатації, зловживань, катувань.

**Стаття 40.**

Особлива турбота дитині, що перебуває у конфлікті з законом.

*Додаток 2.6*

**КОНВЕНЦІЯ ООН ПРО ПРАВА ДИТИНИ**

*ратифікована Верховною Радою України від 27.02.91р. № 789-12  
(статті, що стосуються здоров'я)*

**Стаття 6.**

1. Держави-учасниці визнають, що кожна дитина має невід'ємне право на життя.
2. Держави-учасниці забезпечують у максимально можливій мірі виживання і здоровий розвиток дитини.

**Стаття 17.**

Держави-учасниці визнають важливу роль засобів масової інформації і забезпечують, щоб дитина мала доступ до інформації і матеріалів із різних національних і міжнародних джерел, особливо до таких інформації і матеріалів, які спрямовані на сприяння соціальному, духовному і моральному благополуччю, а також здоровому фізичному і психічному розвитку дитини. З цією метою держави-учасниці: а) заохочують засоби масової інформації до розповсюдження інформації і матеріалів, корисних для дитини в соціальному і культурному відношеннях, та в дусі статті 29; б) заохочують міжнародне співробітництво в галузі підготовки, обміну і розповсюдження такої інформації і матеріалів із різних культурних, національних і міжнародних джерел; с) заохочують видання і розповсюдження дитячої літератури; д) заохочують засоби масової інформації до приділення особливої уваги мовним потребам дитини, яка належить до якої-небудь групи меншостей або корінного населення; е) заохочують розробку належних принципів захисту дитини від інформації і матеріалів, що завдають шкоди її благополуччю, враховуючи положення статей 13 і 18.

### **Стаття 19.**

1. Держави-учасниці вживають всіх необхідних законодавчих, адміністративних, соціальних і просвітніх заходів з метою захисту дитини від усіх форм фізичного і психологічного насильства, образи чи зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поводження та експлуатації, включаючи сексуальні зловживання, з боку батьків, законних опікунів чи будь-якої іншої особи, яка турбується про дитину.

2. Такі заходи захисту у випадку необхідності включають ефективні процедури для розробки соціальних програм з метою надання необхідної підтримки дитині й особам, які турбуються про неї, а також здійснення інших форм запобігання, виявлення, повідомлення, передачі на розгляд, розслідування, лікування і наступних заходів у зв'язку з випадками жорстокого поводження з дитиною, зазначеними вище, а також у випадку необхідності початку судової процедури.

### **Стаття 23.**

1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства.

2. Держави-учасниці визнають право неповноцінної дитини на особливе піклування, заохочують і забезпечують надання за умови наявності ресурсів дитині, яка має на це право, та відповідальним за турботу про неї допомогу, щодо якої подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину.

3. На визнання особливих потреб неповноцінної дитини допомога згідно з пунктом 2 цієї статті надається при можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину, та має на меті забезпечення неповноцінній дитині ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовки до трудової діяльності і доступу до засобів відпочинку таким чином, який призводить до найбільш повного по можливості втягнення дитини в соціальне життя і досягнення розвитку її особи, включаючи культурний і духовний.

4. Держави-учасниці сприяють у дусі міжнародного співробітництва обміну відповідною інформацією в галузі профілактичної охорони здоров'я, медичного, психологічного і функціонального лікування неповноцінних дітей, включаючи розповсюдження інформації про методи реабілітації, загальноосвітньої і професійної підготовки, а також доступу до цієї інформації, з тим щоб дозволити державам-учасницям поліпшити свої можливості і знання та розширити свій досвід у цій галузі. В цьому зв'язку особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

### **Стаття 24.**

1. Держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновлення здоров'я.

2. Держави-учасниці домагаються повного здійснення цього права, зокрема вживають заходів для: а) зниження рівня смертності немовлят і дитячої смертності; б) забезпечення надання необхідної медичної допомоги і охорони



здоров'я всіх дітей з приділенням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги; с) боротьби з хворобами і недоїданням, у тому числі в рамках первинної медико-санітарної допомоги, шляхом поряд з іншим застосуванням легкодоступної технології та надання достатньо поживного продовольства і чистої питної води, беручи до уваги безпеку і ризик забруднення навколишнього середовища; d) надання матерям належних послуг по охороні здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди; e) забезпечення обізнаності всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини і запобігання нещасним випадкам, а також їх доступу до освіти та їх підтримки у використанні цих знань; i) розвитку просвітницької роботи і послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.

3. Держави-учасниці вживають будь-яких ефективних і необхідних заходів з метою скасування традиційної практики, що негативно впливає на здоров'я дітей.

4. Держави-учасниці зобов'язуються заохочувати міжнародне співробітництво і розвивати його з метою поступового досягнення повного здійснення права, яке визнається в цій статті. В цьому зв'язку особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

#### **Стаття 27.**

1. Держави-учасниці визнають право кожної дитини на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку дитини.

2. Батько(ки) або інші особи, які виховують дитину, несуть основну відповідальність за забезпечення в межах своїх здібностей і фінансових можливостей умов життя, необхідних для розвитку дитини.

3. Держави-учасниці у відповідності з національними умовами і в межах своїх можливостей вживають необхідних заходів для надання допомоги батькам та іншим особам, які виховують дітей, у здійсненні цього права і у випадку необхідності надають матеріальну допомогу і підтримують програми, особливо щодо забезпечення дитини харчуванням, одягом і житлом.

4. Держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів для забезпечення відновлення утримання дитини батьками або іншими особами, які відповідають за дитину як всередині держави-учасниці, так і за кордоном. Зокрема, якщо особа, яка несе фінансову відповідальність за дитину, і дитина проживають в різних державах, держави-учасниці сприяють приєднанню до міжнародних угод або укладанню таких угод, а також досягненню інших відповідних домовленостей.

#### **Стаття 28.**

1. Держави-учасниці визнають право дитини на освіту, і з метою поступового досягнення здійснення цього права на підставі рівних можливостей вони, зокрема: а) вводять безплатну й обов'язкову початкову освіту; б) заохочують розвиток різних форм середньої освіти, як загальної, так і професійної, забезпечують її доступність для всіх дітей та вживають таких заходів, як введення безплатної освіти і надання у випадку необхідності фінансової допомоги; с) забезпечують доступність вищої освіти для всіх на підставі здібностей кожного за допомогою всіх необхідних засобів; d) забезпечують доступність інформації і матеріалів у галузі освіти і професійної підготовки для всіх дітей; e) вживають заходів для сприяння регулярному відвіданню шкіл і зниженню кількості учнів, які залишили школу.

2. Держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів для забезпечення того, щоб шкільна дисципліна підтримувалася з допомогою методів, які відображають повагу людської гідності дитини, та у відповідності з цією Конвенцією.

3. Держави-учасниці заохочують і розвивають міжнародне співробітництво з питань, що стосуються освіти, зокрема з метою сприяння ліквідації невігластва і неписьменності в усьому світі та полегшення доступу до науково-технічних знань і сучасних методів навчання. В цьому зв'язку особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

#### **Стаття 29.**

1. Держави-учасниці погоджуються щодо того, що освіта дитини має бути спрямована на: а) розвиток особи, талантів, розумових і фізичних здібностей дитини в найповнішому обсязі; б) виховання поваги до прав людини та основних свобод, а також принципів, проголошених у Статуті Організації Об'єднаних Націй; в) виховання поваги до батьків дитини, її культурної самобутності, мови і національних цінностей країни, в якій дитина проживає, країни її походження та до цивілізацій, відмінних від її власної; г) підготовку дитини до свідомого життя у вільному суспільстві в дусі розуміння, миру, терпимості, рівноправності чоловіків і жінок та дружби між усіма народами, етнічними, національними і релігійними групами, а також особами з корінного населення; е) виховання поваги до навколишньої природи.

2. Ніяка частина цієї статті або статті 22 не тлумачиться як така, що обмежує свободу окремих осіб і органів створювати учбові заклади і керувати ними за умови постійного додержання принципів, викладених у пункті 1 цієї статті, та виконання вимоги того, щоб освіта, яка дається в таких учбових закладах, відповідала мінімальним нормам, що можуть бути встановлені державою.

#### **Стаття 33.**

Держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів, включаючи законодавчі, адміністративні і соціальні, а також заходи в галузі освіти, з тим щоб захистити дітей від незаконного зловживання наркотичними засобами і психотропними речовинами, як вони визначені у відповідних міжнародних договорах, та не допускати використання дітей у протизаконному виробництві таких речовин і торгівлі ними.

#### **Стаття 34.**

Держави-учасниці зобов'язуються захищати дитину від усіх форм сексуальної експлуатації і сексуальних розбещень. З цією метою держави-учасниці, зокрема, вживають на національному, двосторонньому і багатосторонньому рівнях всіх необхідних заходів для запобігання: а) схиланню або примушуванню дитини до будь-якої незаконної сексуальної діяльності; б) використанню з метою експлуатації дітей у проституції або в іншій незаконній сексуальній практиці; в) використанню з метою експлуатації дітей в порнографії і порнографічних матеріалах.

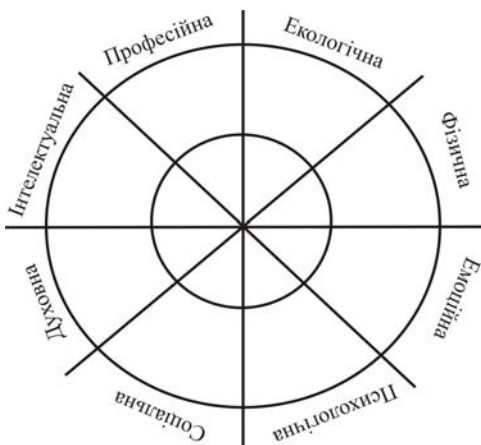
*Додаток 2.7*

### **КОЛЕСО ЖИТТЯ**

**“Колесо життя”** – концепція поняття “здоров'я”, що була запропонована професором університету МакГілл (Канада) Біллом Райном. Вона базується на світогляді перших переселенців до Канади, які вважали, що життя – це колесо, яке повинне бути урівноваженим. Тоді життя буде гармонійним.

### **Інструкція для роботи:**

На рисунку зображено вісім складових здоров'я – вісім спиць. Кожну з них необхідно умовно поділити на десять частин та відмітити рівень складових свого здоров'я.



Наприклад, якщо учасник оцінює рівень власного емоційного здоров'я за десятибальною шкалою у вісім балів, то на спиці, що відображає емоційне здоров'я він має поставити позначку на відповідному рівні.

Після оцінювання всіх складових здоров'я, з'єднайте однією лінією всі позначки.

Додаток 2.8

### **КОНЦЕПЦІЯ ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

*схвалено нарадою завідувачів кафедр валеології, основ медичних знань,  
безпеки життєдіяльності педагогічних та класичних університетів*

*28.03.01 року*

*(витяг)*

#### **2. Стратегічна мета концепції**

**Стратегічною метою** концепції є створення належних умов підготовки педагогічних працівників, здатних реалізувати державну ідею **поліпшення здоров'я населення України** через валеологічне виховання і освіту дітей і молоді шкільного віку.

Вона може бути реалізованою за умов:

- розвитку валеології – науки про індивідуальне здоров'я людини;
- розробки психолого-педагогічного супроводження валеологічного виховання і освіти для різних вікових груп населення;
- поступового реформування валеологічного виховання і освіти на нових наукових і духовних принципах з урахуванням національного менталітету, національних традицій та світового досвіду;
- формування поколінь з новою валеологічною культурою, новим гуманістичним типом мислення;

- відродження національних традицій українського народу, спрямованих на формування і збереження здоров'я;
- розвитку міжнародних зв'язків і співробітництва з питань здоров'я і здорового способу життя.

### **3. Мета та завдання валеологічної освіти педагогічних працівників**

**Основною метою** валеологічної освіти педагогічних працівників є **формування валеологічної культури вчителя** як передумови його адаптації до нової педагогічної парадигми – гуманістичної спрямованості навчального процесу. Валеологічна культура є невід'ємним елементом професійної компетентності вчителя.

Ця мета досягається за рахунок вирішення освітніх і виховних **завдань**:

- виховання розуміння сучасних демографічних проблем, усвідомлення їх важливості і актуальності;
- усвідомлення безперспективності утилітарного, технократичного підходу до формування змісту і мети освіти і необхідності його заміни на антропоорієнтовану філософію постіндустріальної епохи;
- розвиток особистої відповідальності вчителя і керівних кадрів освіти за стан здоров'я учнів;
- розвиток готовності вчителя формувати, зберігати і покращувати здоров'я дитини;
- формування у вчителя відповідальності за власне здоров'я;
- формування у вчителя системно-цілісних уявлень про здоров'я як ціннісну категорію;
- формування глибоких теоретичних знань з валеології;
- оволодіння валеологічними технологіями навчання;
- оволодіння методиками оцінювання рівня здоров'я і валеологічного моніторингу;
- розвиток умінь приймати відповідальні рішення щодо проблем збереження здоров'я учнів і власного здоров'я;
- формування знань і вмінь дослідницького характеру, спрямованих на розвиток здатності до розв'язання валеологічних проблем;
- формування знань і вмінь, необхідних для створення валеологічних умов навчання і виховання в закладах освіти;
- відродження кращих традицій української педагогіки, зокрема родинної педагогіки, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я дитини та генофонду нації.

В основу валеологічної освіти покладені принципи гуманізації, науковості, безперервності, системності та прогностичності.

### **4. Зміст валеологічної освіти педагогічних працівників**

Зміст є основним компонентом освіти, що забезпечує досягнення навчально-виховної мети. Він забезпечує одержання фундаментальних знань, умінь і навичок, формування поглядів, ціннісних категорій і поведінки.

Зміст базується на системі наукових знань (уявлень, понять, закономірностей), які є відображенням філософських, природничо-наукових, соціально-економічних, психолого-педагогічних, морально-етичних і правових аспектів валеологічної освіти.

Зміст валеологічної освіти має бути цілісним, послідовним на всіх етапах навчання і виховання та базуватися лише на науково обґрунтованій інформації.

Зміст валеологічної освіти педагогічних працівників повинен, в першу чергу, бути спрямованим на формування особистості вчителя з валеологічною світоглядною установкою на дотримання норм здорового способу життя і виконання практичних дій щодо збереження здоров'я учнів.

Зміст валеологічної освіти реалізується через мультидисциплінарний підхід, який передбачає валеологізацію існуючих навчальних дисциплін, зокрема основ медичних знань, вікової фізіології і психології, шкільної гігієни, педагогіки, методик викладання шкільних предметів тощо, а також внутрішньодисциплінарний підхід – введення в навчальні плани підготовки та перепідготовки вчителів нових загальноосвітніх валеологічних дисциплін ("Основи валеології" і "Основи педагогічної валеології") і спеціальних валеологічних дисциплін ("Теорія і методика викладання валеології"), спецкурсів, спецпрактикумів для вчителів валеології ("Етновалеологія", "Методики діагностики рівня фізичного здоров'я і валеологічного моніторингу", "Вікова валеологія", "Психолого-педагогічні основи профілактики вживання наркотичних і токсичних речовин", "Медико-біологічні і психологічні основи підготовки до подружнього життя", "Статеве виховання дітей та підлітків", "Основи раціонального харчування", "Основи фізичної реабілітації", "Основи масажу і самомасажу", "Організація валеологічної служби в закладах освіти", "Гендерний контекст валеологічного виховання і освіти" тощо).

Зміст валеологічної освіти набуває національного характеру завдяки широкому залученню здобутків етнопедагогіки, народних традицій, елементів календарної обрядовості, фольклору.

Основою для формування змісту валеологічної освіти педагогічних працівників є **валеологія**. Валеологія – інтегративна наука про фундаментальні закони формування, збереження та зміцнення індивідуального здоров'я людини, про теорію та практику управління здоров'ям у всіх його аспектах: фізичному, психічному, духовному і соціальному. Сьогодні валеологія проходить процес становлення як самостійна наука, що виникла на фундаменті класичних (фізіологія, екологія, психологія, соціологія, профілактична медицина, санонологія, гігієна) і нових інтегративних наук (безпека життєдіяльності людини). Її розвиток значною мірою стримується відсутністю в Україні системи підготовки наукових кадрів за спеціальністю "валеологія".

##### **5. Структура валеологічної освіти педагогічних працівників**

Структура валеологічної освіти педагогічних працівників включає декілька рівнів у відповідності до системи ступеневої освіти в Україні.

В системі підготовки вчителів за освітньо-кваліфікаційним рівнем **"бакалавр"** в навчальних планах педагогічних ВНЗ всіх рівнів акредитації і класичних університетів, які готують педагогічних працівників, необхідно передбачити загальноосвітній курс "Основи валеології" в обсязі одного кредиту, який ставить за мету формування індивідуальної валеологічної культури майбутнього педагогічного працівника і забезпечує проведення систематизованої виховної роботи серед студентів молодших курсів, спрямованої на попередження девіантних форм поведінки, профілактику венеричних хвороб і СНІДу, підготовку до побудови майбутньої сім'ї, зниження інвалідності населення тощо. Зміст курсу і час його викладання має бути узгоджений з іншими нормативними дисциплінами медико-біологічного циклу. Оптимальна послідовність вивчення визначається наступністю змісту цих дисциплін і має бути та-

кою: "Вікова фізіологія з основами гігієни дітей", "Основи валеології", "Основи медичних знань", "Основи безпеки життєдіяльності".

Для ознайомлення з валеологічними технологіями навчання необхідно забезпечити вивчення спецкурсу "Основи педагогічної валеології" для студентів III-IV курсів.

Для ліквідації прогалів в базовій освіті необхідно передбачити в навчальних планах **підвищення кваліфікації вчителів і керівних кадрів освіти** на найближчі десять років обов'язковий курс "Валеологічний всеобуч" в обсязі 18 годин. Обов'язковим також має бути включення в навчальні плани підготовки ознайомлення з результатами дослідницької роботи, що здійснюється в навчальних закладах України, які увійшли до міжнародного проекту "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю".

В системі підготовки студентів за освітньо-кваліфікаційним рівнем **"спеціаліст"** має здійснюватись фахова підготовка вчителя до викладання шкільних предметів з питань культури здоров'я ("Валеологія", "Основи безпеки життєдіяльності людини", "Основи медичних знань") шляхом проходження ними спеціалізації з валеології. В зв'язку з неможливістю підготовки універсального вчителя, здатного забезпечити безперервне валеологічне виховання і освіту від дошкільного віку до старшої школи з усіх аспектів валеології (основи здорового способу життя, психологічна валеологія, фізична реабілітація, створення валеологічних умов виховання в дошкільному навчальному закладі, валеологічне виховання і освіта дітей молодшого шкільного віку тощо), доцільно здійснювати спеціалізацію з валеології у поєднанні з підготовкою за спеціальностями "дошкільне виховання", "початкове навчання", "біологія", "фізична культура", "психологія", "соціальна педагогіка" та "дефектологія". Спеціалізація з "валеології", враховуючи обсяг базової фахової медико-біологічної підготовки, може бути поєднана зі спеціалізаціями з "основ медичних знань" і "безпеки життєдіяльності" для спеціальностей "біологія" та "дефектологія".

Для забезпечення фахової підготовки вчителя валеології навчальні плани повинні обов'язково включати курс "Теорія і методика викладання валеології" і педагогічну практику з валеології. Перелік спецкурсів і спецпрактикумів має формуватися з урахуванням основної спеціальності, за якою здійснюється підготовка вчителя. Обов'язковим є включення питань з валеології в білети випускних державних іспитів або кваліфікаційних тестів.

Підготовка фахівців з валеології за освітньо-кваліфікаційним рівнем **"магістр"** може здійснюватися лише за умови доповнення "Переліку-97" спеціальністю "валеологія" і включення до Переліку педагогічних спеціальностей "валеології" як першої спеціальності. Але, враховуючи нагальні потреби педагогічних ВНЗ у викладачах валеології, необхідно включити до програм магістерської підготовки вчителів, що пройшли підготовку за освітньо-кваліфікаційним рівнем спеціаліста і отримали спеціалізацію з валеології, спецкурси з валеології, зокрема, курси "Теорія і методика викладання валеології у вищих навчальних закладах" і "Валеофілософія".

Для забезпечення **підвищення кваліфікації викладачів валеології педагогічних ВНЗ** необхідно організувати при базовій кафедрі валеології щорічну двотижневу "школу з валеології", до роботи якої залучати провідних фахівців України та інших країн.

Підготовка **науковців вищої кваліфікації** з проблем валеологічної освіти і виховання (кандидатів і докторів наук) відбувається в галузях педагогіч-

них, психологічних, біологічних, медичних наук, дефектології і фізичної культури за відповідними спеціальностями.

Додаток 2.9

**КОНЦЕПЦІЯ**  
**формування позитивної мотивації на здоровий**  
**спосіб життя у дітей та молоді**  
затверджено наказом МОН України від 21.07.04 р. № 605  
(витяг)

**II. Методологічні засади, підходи, принципи, критерії формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді**

Методологічною основою формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді є гуманістична модель освіти, сутність якої полягає у створенні сприятливої соціокультурної ситуації, готовності до формування у них суспільно значущої смислоціннісної життєвої стратегії.

Рівень цієї готовності характеризується здатністю дітей та молоді перетворювати зовнішні вимоги на внутрішні спонуки, мотиви поведінки з пробудженням їх самосвідомості і відповідальності за власну культуру здоров'я.

Поняття "здоровий спосіб життя" розглядається у співвідношеннях тріади: здоров'я – здоровий спосіб життя – культура здоров'я.

Поняття "здоров'я" нерозривно пов'язане із поняттям "здоровий спосіб життя" як сценарій життєдіяльності, спрямованої на збереження та покращення здоров'я людей.

Результатом сформованості здорового способу життя є "культура здоров'я" як інтегративна якість особистості і показник вихованості, що забезпечує певний рівень знань, умінь і навичок формування, відтворення та зміцнення здоров'я і характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Методологічним підґрунтям Концепції є діяльнісний і системний підходи до формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

**Діяльнісний підхід** вимагає культивування дієвої позиції особистості з метою власного становлення й розвитку її морального і духовного самовдосконалення.

**Системний підхід** передбачає цілісність у практичній діяльності, що спрямована на комплексну реалізацію здорового способу життя.

**Базовими принципами** формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя дітей та молоді є:

– **принцип науковості і доступності знань**, адаптація відповідних наукових знань для усіх ланок освіти з урахуванням особливостей різних вікових категорій; взаємозв'язок науки про здоров'я з практичним досвідом;

– **принцип системності і наскрізності** означає, що процес формування здоров'я людини, природних та соціальних умов його збереження і зміцнення організується як системний педагогічний процес, у логічному зв'язку всіх його етапів; спрямовується на гармонійний і різнобічний розвиток особистості;

– **принцип неперервності та практичної цілеспрямованості** передбачає наступність у реалізації напрямів та етапів цієї роботи на різних освітніх рівнях; охоплює всі сфери життєдіяльності дітей та учнівської молоді; здійснюється у різних соціальних інститутах, у навчальній та позакласній виховній роботі;

– **принцип інтегративності** передбачає синтез теоретичних, емпіричних і практичних знань у цілісній картині про здоров'я та здоровий спосіб життя;

– **принцип відкритості** передбачає систематичне поповнення, оновлення, вдосконалення знань про здоровий спосіб життя;

– **принцип плюралізму** уможливорює варіативність авторських проєктів, планів і програм на основі інваріантного рівня знань для різних, відносно самостійних, типів навчальних закладів із врахуванням потреб, інтересів і нахилів усіх суб'єктів навчально-виховного процесу (учнів, студентів, вихователів, вчителів, викладачів, батьків);

– **принцип превентивності** означає, що виховні впливи держави, всіх виховних інститутів, на основі врахування інтересів особистості та суспільства, спрямовуються на профілактику негативних проявів поведінки дітей та учнівської молоді, на допомогу та їх захист, вироблення несприйнятливості до негативних впливів соціального оточення. За таких умов забезпечуватиметься система заходів економічного, правового, психолого-педагогічного, соціально-медичного, інформаційно-освітнього характеру, спрямованих на формування позитивних соціальних настанов, запобігання вживанню наркотичних речовин, різних проявів деструктивної поведінки, відвернення суїцидів та формування навичок безпечних статевих стосунків;

– **принцип гуманізму** передбачає орієнтацію на підростаючу особистість як вищу цінність, врахування її вікових та індивідуальних особливостей, задоволення фундаментальних потреб вихованця (у розумінні, пізнанні, прийнятті, справедливому ставленні до неї); вироблення індивідуальної програми її розвитку; стимулювання розвитку в особистості свідомого ставлення до своєї поведінки, діяльності, життєвих виборів;

– **принцип цілеспрямованості**, який утверджує спрямованість на досягнення основної мети – підвищення ефективності функціонування власного організму і свідомого позитивного ставлення до нього.

**Критеріями** формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді є:

– **на рівні фізичного здоров'я**: прагнення до фізичної досконалості, ставлення до власного здоров'я як до найвищої соціальної цінності, фізична розвиненість, загальна фізична працездатність, загартованість організму, дотримання раціонального режиму дня, виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування;

– **на рівні психічного здоров'я (психологічного комфорту)**: відповідність пізнавальної діяльності календарному віку, розвиненість довільних психічних процесів, наявність саморегуляції, адекватна самооцінка, відсутність акцентуацій характеру та шкідливих звичок;

– **на рівні духовного здоров'я**: узгодженість загальнолюдських та національних морально-духовних цінностей, наявність позитивного ідеалу, працелюбність, відчуття прекрасного у житті, природі, мистецтві;

– **на рівні соціального здоров'я (соціального благополуччя)**: сформована громадянська відповідальність за наслідки нездорового способу життя, соціально орієнтована комунікативність, доброзичливість у ставленні до людини, здатність до самоактуалізації, саморегуляції, самовиховання.

Формування здорового способу життя, культури здоров'я, підвищення їх виховних можливостей потребує максимальної уваги до мотиваційної сфери дітей та молоді у прагненні бути здоровими. Мотивація на здоровий спосіб



життя – це система ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонук до збереження, відновлення і зміцнення здоров'я.

#### **IV. Мета стратегії та завдання Концепції формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді**

**Метою** Концепції є створення умов для зміцнення фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я, психологічного комфорту та соціального благополуччя дітей і молоді шляхом визнання пріоритету здорового способу життя як основного чинника збереження та зміцнення здоров'я, утвердження свідомого ставлення та громадянської відповідальності за власне здоров'я.

##### **Стратегії** Концепції:

– надання пріоритетності проблемі формування здорового способу життя дітей і молоді в усіх ланках освіти;

– гуманізація та демократизація відносин учасників навчально-виховного процесу, забезпечення у навчальних закладах сприятливого психологічного мікроклімату та відповідного інформаційно-предметного середовища;

– розширення Національної мережі шкіл сприяння здоров'ю, впровадження їх досвіду в практику роботи дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних, вищих навчальних закладів;

– залучення учнівської та студентської молоді до активної участі у просвітницькій та волонтерській роботі з пропаганди здорового способу життя в середовищі однолітків;

– підтримка, розвиток національних та родинно-сімейних традицій здорового способу життя та виховання здорової дитини; широке залучення батьків до цього процесу;

– послідовне формування культури здоров'я педагогів як необхідної умови розвитку позитивної мотивації в учнів та студентів на здоровий спосіб життя.

##### **Концепція спрямована на виконання таких завдань:**

– створення у навчальних закладах усіх типів та рівнів акредитації цілісної системи формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя;

– розробка і впровадження в практику роботи навчальних закладів сучасного моніторингу діагностики і корекції стану здоров'я дітей і молоді;

– впровадження у навчально-виховний процес особистісно орієнтованої моделі формування в учнів і студентів навичок здорового способу життя, вміння приймати оптимальні рішення щодо збереження і зміцнення власного здоров'я у різних життєвих ситуаціях, зокрема, екстремальних;

– удосконалення форм і методів формування здорового способу життя;

– формування у дітей та молоді негативного ставлення до шкідливих поведінкових звичок, посилення ефективності механізмів подолання залежності від них;

– забезпечення якісної підготовки і перепідготовки педагогічних кадрів, здатних формувати у дітей та молоді позитивну мотивацію на здоровий спосіб життя;

– визначення пріоритету у педагогічній роботі з батьками і громадськістю, формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

#### **V. Зміст, форми і методи формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді.**

##### **Організоване навчання та самоосвіта**

Формування здорового способу життя є за своєю сутністю системоутворюючим проектом, який спрямований на діагностику, корекцію функціонального, психофізіологічного та духовно-морального стану людини

Системність полягає у взаємопогоджених знаннях, уміннях та навичках, сформованих у дітей та молоді, які забезпечують необхідний рівень їх працездатності, моралі та духовності. Для цього необхідні знання основних положень фізіології, психології людини, соціології, інших суміжних дисциплін, які в сукупності дозволяють реалізувати необхідні

здоров'язберігаючі, здоров'язміцнюючі, здоров'яформуючі технології щодо свідомого ставлення до власного здоров'я і проявлятися у відповідних позитивних діях.

Вказане свідчить про доцільність формування таких знань про:

– **фізичне здоров'я**: організм людини як біологічна система; органи і системи життєзабезпечення, їх функції і здоровий стан; фізіологічна діяльність, біохімічні процеси і здоров'я; гігієна тіла; гігієнічні нормативи; рух і здоров'я; генетичне здоров'я; репродуктивне здоров'я; статеве виховання; профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом і СНІДу; культура харчування; фізична гармонія тіла;

– **психічне здоров'я (психологічний комфорт)**: індивід, особистість, індивідуальність; психіка людини; індивідуально-типологічні особливості людини; емоції, почуття, воля, свідомість; сфера пізнання; самосвідомість, самооцінка, саморегуляція, самоактуалізація, самовиховання; основні психічні процеси, їх вплив на здоров'я; мотивація поведінки і ціннісні орієнтації; психологія спілкування; стрес, психотравма; девіантна поведінка; попередження шкідливих звичок; психологічна самодопомога; резерви психічних можливостей людини; вплив засобів масової інформації та мистецтва на психічне здоров'я людини;

– **духовне здоров'я**: здоров'я в системі загальнолюдських цінностей; духовність людини як основа здоров'я; духовні вчення про здоров'я; ідеал здорової людини; духовні цінності і засоби розвитку духовності; здоров'я в системі життєвих цінностей народу; традиції культури здоров'я українського народу; національні особливості формування здоров'я; календарні народні свята і здоров'я;

– **соціальне здоров'я (соціальне благополуччя)**: людина як елемент соціуму; наслідки антропоцентричного ставлення до навколишнього середовища; етика родинних зв'язків; соціальні потреби та інтереси; мотивація поведінки; соціальне забезпечення життєво важливих потреб; соціальна адаптація; ергономічні аспекти формування здоров'я; асоціальна поведінка; популяційне здоров'я; здоров'я нації; держава, право і здоров'я, права і обов'язки громадянина у ставленні до власного здоров'я та здоров'я оточуючих; шкідливий вплив наркогенних речовин на здоров'я; попередження соматичних і інфекційних захворювань, хвороб, що передаються статевим шляхом і СНІДу; здоровий спосіб життя; культура здоров'я.

Ефективність процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя залежить від відповідної спрямованості виховного процесу, форм та методів його організації. Серед форм і методів процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя пріоритетна роль належить активним методам, що ґрунтуються на демократичному стилі взаємодії, сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи й творчості. До них також належать соціальне проектування, метод відкритої трибуни, ситуаційно-рольова гра, соціально-психологічний тренінг, інтелектуальний аукціон, метод аналізу соціальних ситуацій з морально-етичним характером, гра-драматизація тощо.

Доцільно застосовувати традиційні методи: бесіда, диспут, лекція, семінар, роз'яснення, переконання, позитивний і негативний приклади, методи вироблення звичок, методи вправ, контролю і самоконтролю, створення громадської думки тощо.

Застосування цих методів сприяє утворенню у дітей та молоді адекватної моральної самооцінки, організації дієвої роботи з формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, перебудові і зміні асоціальних форм у їхній поведінці на соціально значущі; підтримці, посиленню позитивних моральних спонук, активізації їх проявів чи загальмуванню негативних мотивів, зниженню їх сили, утриманню дітей та молоді від прояву деструктивної мотивації на здоровий спосіб життя.

З нетрадиційних, для педагогіки, методів ефективно діють методи "педагогічної психотерапії", а саме: саморегуляції, педагогічного аутотренінгу, рефлексотерапії. Ці методи створюють певну єдність і доповнюють один одного.

**Організоване навчання** здійснюється у дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних, вищих навчальних закладах, у закладах післядипломної педагогічної освіти за умови вирішення таких основних завдань:

- 1) участь у реалізації державних стандартів початкової, середньої, вищої освіти та відповідного комплексу нормативних, навчально-методичних, інших документів, які регламентують та унормовують організацію навчально-виховного процесу під керівництвом педагогів;
- 2) організація навчання дітей та молоді з використанням традиційних та інноваційних форм і методів.

**Самоосвіта** базується на необхідності людини формувати, зберігати та зміцнювати власне здоров'я з використанням навчально-методичної бази та технічних засобів, що забезпечують самостійне навчання.

**Самоосвіта можлива за таких умов:**

- 1) наявність освітньо-професійних та освітньо-наукових програм підготовки дітей та молоді до ведення здорового способу життя з конкретними методичними рекомендаціями та коментарями;
- 2) наявність доступної наукової інформації з цієї проблеми у бібліотеках, книжкових магазинах, електронних підручниках, Інтернеті, електронних засобах масової інформації;
- 3) розгалужена мережа консультативних пунктів з надання практичної допомоги в оволодінні знаннями, уміннями та навичками з формування, збереження та зміцнення власного здоров'я під керівництвом педагогів, методистів та психологів.

Самоосвіта дітей та молоді з формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя здійснюватися також за участю державних, комерційних телевізійних і радіопрограм.

## **VII. Система підготовки кадрів до здійснення процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя**

Основним завданням підготовки педагогічних кадрів до здійснення формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя є забезпечення неперервності у формуванні культури здоров'я особистості як невід'ємної складової її професійної компетентності та адаптації до гуманістичної спрямованості навчально-виховного процесу.

Система підготовки кадрів включає кілька рівнів відповідно до структури ступеневої освіти в Україні.

З цією метою здійснюється підготовка спеціалістів з валеології у поєднанні з підготовкою за суміжними спеціальностями (дошкільне виховання, початкове навчання, біологія, фізична культура, психологія, основи медичних знань, соціальна педагогіка, дефектологія).

Умовою для підготовки педагогічних кадрів є введення Міністерством освіти і науки України професії "валеолог" до Класифікатора професій ДК 003-95 (зміни та доповнення №4).

Класифікатором професій передбачена підготовка вчителів за освітньо-кваліфікаційними рівнями: "бакалавр", "спеціаліст", "магістр".

У навчальних планах педагогічних вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації, які готують асистента валеолога, передбачено курси "Основи валеології" (обсяг – один кредит) та "Методика викладання навчального курсу для початкової школи "Основи здоров'я" (один кредит), які повинні сформувавши індивідуальну валеологічну культуру майбутнього педагога, забезпечити його підготовку до проведення системної навчально-виховної роботи.

Система підготовки студентів за освітньо-кваліфікаційним рівнем "спеціаліст" включає вивчення курсів: "Вікова фізіологія з основами гігієни дітей", "Основи педагогічної валеології", "Теорія і методика викладання основ здоров'я" і педагогічну практику (загальний обсяг часу – не менше 5 кредитів). Перелік спецкурсів формується з урахуванням основної спеціальності студента. У кінці вивчення курсу (курсів) з питань формування здорового способу життя студенти складають іспит (залік).

Підготовка фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем "магістр" передбачає вивчення курсу "Теорія, методологія, методика формування здорового способу життя", спецкурсів відповідно до основних аспектів валеології.

Післядипломна перепідготовка і підвищення кваліфікації педагогічних кадрів з формування здорового способу життя відбувається на базі педагогічних вищих навчальних закладів, обласних інститутів післядипломної педагогічної освіти, які мають ліцензію на такий вид діяльності.

У планах навчальних курсів підвищення кваліфікації інститутів післядипломної педагогічної освіти забезпечується диференційований підхід до слухачів:

а) керівні кадри освіти вивчають обов'язковий курс "Основи здоров'я" (обсягом до 18 годин);

б) для вихователів дошкільних навчальних закладів, вчителів початкових класів та класних керівників загальноосвітніх навчальних закладів з метою ознайомлення з валеологічними технологіями, окрім обов'язкового курсу "Основи здоров'я", вивчається спецкурс "Основи педагогічної валеології";

в) викладачі природничого профілю, фізкультури, психології розширюють одержані у вищих навчальних закладах знання при вивченні курсів "Валеофілософія", "Педагогічна валеологія", "Методика викладання основ здоров'я", спецкурсів з інноваційних методик формування здорового способу життя (ознайомлення з діяльністю закладів Національної мережі шкіл сприяння здоров'ю).

Педагогічні кадри, відповідно до планів Міністерства освіти і науки України, обласних інститутів післядипломної педагогічної освіти, міських (районних) відділів освіти, залучаються до участі у постійно діючих методичних семінарах, семінарах-тренінгах, інформаційно-методичних нарадах, школах педагогічної майстерності, роботі "круглих столів", науково-практичних конференціях тощо.

Підготовка кадрів щодо реалізації Концепції має передбачати:

- теоретичну підготовку (введення обов'язкового навчального спецкурсу для всіх категорій педагогічних кадрів "Педагогіка здорового способу життя", який забезпечує засвоєння інноваційних педагогічних систем, технологій виховання і навчання та системи управління цим процесом);
- засвоєння вимог освітньо-кваліфікаційних характеристик та положень, які випливають з них, для побудови змісту, вибору форм та методів навчання, способів та критеріїв оцінки досягнення цілей навчання;
- розробку стандартів якості підготовки і технології об'єктивного визначення ступеню відповідальності кожного фахівця, який отримав відповідну професійну освіту;
- розробку нової моделі виховання та навчання, нових навчально-методичних матеріалів для проведення занять та практичного засвоєння нової тренінгової методики;
- збір, узагальнення та системний аналіз світових та національних досягнень у навчанні здоровому способу життя та оперативну корекцію змісту навчання, навчальних та виховних технологій, способів активізації пізнавальної діяльності дітей та молоді, роботи педагога.

### **VIII. Шляхи, умови та очікувані результати реалізації Концепції формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя дітей та молоді**

Формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді здійснюється шляхом:

- нормативно-правового забезпечення реалізації Концепції, що регулюється відповідними нормативними актами: Законами України, Указами Президента України, постановами Верховної Ради та Кабінету Міністрів України, відповідними наказами Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України, рішеннями органів місцевого самоврядування;
- розробки і впровадження навчальних програм з "Основ здоров'я" та формування здорового способу життя у дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних, позашкільних, вищих навчальних закладах незалежно від форм власності і відомчого підпорядкування; забезпечення реалізації цих програм за допомогою високоякісних підручників, посібників, технічних засобів навчання й наочного дидактичного матеріалу, а також варіативних програм, орієнтованих на інтеграцію широкого кола питань щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, сексуальної поведінки, репродуктивного здоров'я, вживання наркотиків тощо; моделей формування здорового способу життя для різних типів навчальних закладів;
- проведення моніторингу стану здоров'я дітей, молоді, педагогічних працівників із залученням сучасних технологій;
- організації та науково-методичного забезпечення діяльності регіональних центрів та експериментальних навчальних закладів всеукраїнського та регіонального рівнів для відпрацювання основних положень Концепції;
- створення серед освітньої громадськості атмосфери сприяння розвитку Національної мережі шкіл сприяння здоров'ю, активізація зусиль науковців з метою здійснення теоретико-методологічного забезпечення формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя дітей та молоді на рівні сучасних досягнень психолого-педагогічної науки і практики (розробка і викладання відповідних навчальних курсів, проектування моделей Шкіл сприяння здоров'ю тощо);

– активного використання засобів масової інформації та інших джерел для пропаганди та розповсюдження вітчизняних та зарубіжних новітніх теоретичних розробок, здобутків вчителів-новаторів та вчителів-експериментаторів; забезпечення впровадження сучасних інформаційно-освітніх програм та соціальної реклами з урахуванням особливостей цільових груп;

– поширення культурно-мистецьких та фізкультурно-оздоровчих акцій для дітей та молоді, спрямованих на формування здорового способу життя, культуру здоров'я;

– забезпечення якісної ступеневої підготовки та перепідготовки педагогічних кадрів для здійснення завдань, окреслених Концепцією;

– створення фахового науково-методичного видання (газета, журнал);

– формування економічних основ забезпечення здорового способу життя, створення належної матеріально-технічної бази у навчальних закладах різних типів та рівнів акредитації.

Ефективна реалізація даної Концепції можлива за умови розробки та прийняття Кабінетом Міністрів України Програми її реалізації, погодження та раціонального використання фінансових, технологічних, матеріальних, інтелектуальних та інших ресурсів держави, які спрямовуються на формування фізично, психічно, соціально, морально здорової особистості з високим рівнем громадянської відповідальності, готової до самостійного вибору власного місця в житті; високоерудованої і культурної особистості, яка має гуманістичний світогляд та гуманістичні якості, поважає батьків, інших людей, які її оточують, із сформованою культурою спілкування; веде здоровий спосіб життя, прагне до самовдосконалення; толерантна, доброзичлива, милосердна, доброзичлива.

*Додаток 2.10*

## **ВИДИ ТА РІВНІ ПРОФІЛАКТИКИ**

Просвітницька діяльність, спрямована на формування здорового способу життя та профілактику – активний поступальний процес створення умов і формування особистих якостей, які підтримують благополуччя особистості.

Профілактика розглядається як особливий вид діяльності, що ґрунтується на психології, педагогіці, соціології, соціальній роботі, медицині та інформаційних технологіях.

Існує велика кількість класифікацій профілактики за різними ознаками. Для організації просвітницької роботи, спрямованої на профілактику хвороб та підтримання здоров'я, важливим є виділення видів профілактики (за цільовими групами) та рівнів профілактики (від індивідуального до суспільного).

### **Види профілактики**

**Первинна профілактика** – комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на формування навичок здорового способу життя, запобігання небезпечній статевій поведінці, вживанню наркотичних речовин тощо.

**Вторинна профілактика** – комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, що попереджують хворобу та ускладнення, пов'язані з нездоровим способом життя, наприклад, епізодичним вживанням наркотичних речовин особами, у яких не виявлено ознак хвороби.

**Третинна профілактика**, або реабілітація – комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на попередження

зривів і рецидивів хвороби, що сприяють відновленню особистого та соціального статусу хворого і поверненню його у сім'ю, в освітню установу, у трудовий колектив, до суспільно корисної діяльності.

### **Рівні профілактики**

**Особистісний рівень** – вплив на цільову групу спрямовується таким чином, щоб сформувати якості особистості, які б сприяли підвищенню рівня її здоров'я (інформування, консультування, лікування, тренінги особистісного росту та формування життєвих навичок).

**Сімейний рівень** передбачає вплив на мікросоціум – сім'ю та найближче оточення (ровесників), оскільки саме вони значною мірою зумовлюють спосіб життя людини, особливо молоді.

**Соціальний (суспільний) рівень** профілактики сприяє зміні суспільних норм здоров'я, способу життя. Це допомагає створити сприятливі умови для превентивної роботи на особистісному та сімейному рівнях.

Просвітницька робота серед молоді України щодо формування здорового способу життя повинна спрямовуватись, у першу чергу, на первинну профілактику, але здійснюватись на всіх трьох профілактичних рівнях. У той же час, враховуючи деліквентну поведінку певної частини учнів і студентів, в залежності від “фактичного портрету” цільової групи повинна здійснюватись і вторинна профілактика

### **Організація профілактичної роботи**

Існують різноманітні підходи до організації профілактичної роботи з дітьми та молоддю. Зазвичай описують сім основних підходів, які на практиці використовуються у різних поєднаннях:

– **надання інформації** – найпоширеніший підхід. Його суть полягає у наданні певних відомостей про фактори, що негативно впливають на здоров'я (наприклад, про природу, шляхи поширення, наслідки інфікування ВІЛ; про наслідки вживання наркотичних речовин; наслідки незахищених статевих стосунків). Цей підхід припускає, що підвищення рівня знань є ефективним засобом корекції поведінки;

– **емоційне навчання** – базується на припущенні, що певні девіації виникають у людей, які мають труднощі у прояві власних емоцій. Такі люди високо оцінюються ровесниками і, у цьому зв'язку, відчувають проблеми в міжособистісному спілкуванні. Профілактична робота в такому випадку спрямовується на подолання “емоційної глухоти та німоти”, підвищення рівня самооцінки і впевненості у власних можливостях;

– **апеляція до цінностей і знань** – базується на теоріях про зміну поведінки та використання методів поведінкової терапії. Це, зокрема, профілактичні програми формування життєвих навичок, спрямовані на підвищення стійкості до негативних соціальних впливів. Традиційно ці програми включають два аспекти: інформаційний та соціальної резистентності. Перший полягає у наданні повноцінної, правдивої і наукової інформації, другий – у розробці планів самовдосконалення, навчання стратегіям прийняття рішень, підвищенні стійкості до негативного впливу оточення;

– **виховання протидії** – полягає у прищепленні соціальних навичок, пов'язаних з умінням чинити опір негативному впливу оточення та умінням сказати “Ні”;

– **надання альтернативи** – передбачає необхідність розвитку альтернативних соціальних програм, у яких молоді люди могли б реалізувати прагнення до ризику і пошуку гострих відчуттів;

– **використання впливу соціального середовища й однолітків** – ґрунтується на розумінні того, що вплив однолітків і родини відіграє важливу роль у житті підлітка, сприяючи чи перешкоджаючи вживанню наркотиків, початку статевого життя тощо. З позиції цього підходу найважливішим фактором розвитку людини є соціальне середовище як джерело зворотного зв'язку, заохочень і покарань. Найпопулярнішими серед таких профілактичних програм є тренінги стійкості до соціального тиску однолітків, де підлітки отримують “щеплення” проти негативного впливу засобів масової інформації (наприклад, щодо легальних наркотичних речовин), впливу батьків, які ведуть нездоровий спосіб життя – палять, вживають алкоголь тощо.

– **зміцнення здоров'я** – базується на поєднанні особистого вибору з соціальними пріоритетами щодо здоров'я населення. З такої позиції здоров'я розглядається як джерело благополучного повсякденного життя, а не як мета існування. Це позитивна концепція, що бере за основу соціальні, особистісні та фізичні можливості людини. Провідною діяльністю в рамках програми зміцнення здоров'я є розвиток здорової особистості, яка має позитивний стиль мислення, спрямований на встановлення гармонії з соціальним і природним оточенням.

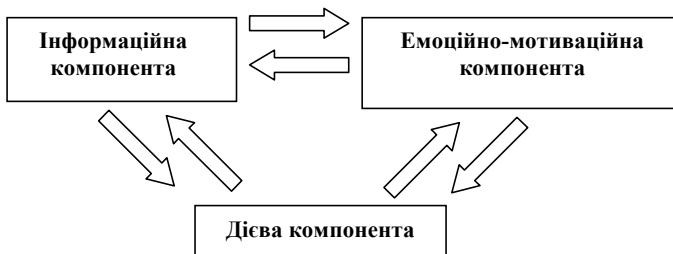
Просвітницька робота серед молоді України стосовно здорового способу життя повинна поєднувати всі підходи до здійснення профілактики, що позитивно зарекомендували себе в інших країнах Європи, США та Канаді.

Додаток 2.11

## ФОРМУВАННЯ САНОГЕННОЇ ПОВЕДІНКИ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Робота щодо формування здорового способу життя передбачає не лише інформування підлітків про фактори ризику та захист від них, а й спрямована на формування відповідальної та безпечної поведінки.

Модель поведінки включає три взаємопов'язані компоненти: *інформаційну* (сукупність знань про предмет, явище, наслідки та ін.), *емоційно-мотиваційну* (ставлення до предмета або явища; бажання діяти; усвідомлення мети діяльності та ін.), *дієву* (комплекс поведінкових реакцій у певній ситуації або навички поведінки). На схемі показано зв'язок між ними:



Мотивація – це спонука, що викликає активність і визначає її спрямованість. Мотивація, з одного боку, залежить від фізіологічного стану організму, а, з другого – від інформації, якою володіє людина.

Інформація – це знання, особистий досвід, додаткові відомості про явища та предмети, одержані людиною протягом життя. Інформація, якою володіє



людина, може стимулювати її до набуття нових навичок чи відмови від застарілих. Наявність нової інформації впливає і на поведінку.

Результати діяльності людини (дійова компонента) можуть коригувати мотивацію та викликати бажання отримати нову інформацію. Всі три компоненти взаємопов'язані між собою. Тому зміна в одному з них зумовлює зміни в інших.

Ця схема добре ілюструє три основні **завдання** освітніх програм, спрямованих на формування здорового способу життя:

- **надання достовірної інформації;**
- **формування позитивної мотивації до здорового способу життя;**
- **формування життєвих навичок, що забезпечують збереження здоров'я.**

Найкращим чином досягнення позитивного результату освітніх програм забезпечується при організації навчання у формі тренінгу. Тренінг як форма організації навчання забезпечує вплив на всі складові поведінки оскільки, з одного боку, передбачає надання необхідної достовірної інформації з урахуванням віку та інтересів його учасників, а з іншого, – являючись активною формою навчання, активізує емоційну сферу, спонукає до свідомого сприйняття та засвоєння інформації і забезпечує формування навичок відповідальної поведінки.

Здоровий спосіб життя має пропагуватись як реалістична і приваблива альтернатива, якою люди можуть користуватися впродовж усього життя.

Спосіб життя – одна з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує вплив багатьох інших. Тому пріоритетний напрям превентивної роботи щодо збереження здоров'я повинен спрямовуватись не на профілактику хвороб, а на формування саногенної поведінки.

### **Зміна ризикованої поведінки**

Завдання профілактики – переконати людей добровільно і на тривалий термін змінити свою поведінку, зробивши її більш безпечною. Як цього досягти?

Добровільна відмова від стійких звичок, зазвичай, не відбувається відразу, а являє собою більш-менш тривалий процес, протягом якого людина проходить кілька етапів. На кожному з них особі, що змінює свою поведінку, потрібна відповідна інформація і підтримка.

**Перший етап** – вироблення навичок використання інформації, яку свідомо чи мимоволі отримує кожна людина. Наприклад, особистісне усвідомлення цінності міцного здоров'я. На першому етапі важливим є те, щоб інформація була не тільки корисною, а ще й цікавою. Необхідно враховувати вікові особливості, рівень обізнаності у проблемі, професійні інтереси тощо.

Цікава та корисна інформація має стати такою, яка б викликала бажання формувати здоровий спосіб життя. Це **другий етап** – зміна ставлення до свого здоров'я і шкідливих звичок.

Важливою частиною формування навичок здорового способу життя є вироблення навичок спілкування, що допомагають налагоджувати стосунки, вирішувати конфлікти, відстоювати свої права, відмовлятися від небажаних чи небезпечних форм поведінки.

**Третій етап** – етап свідомого прийняття рішень, вибору на користь здорового способу життя. Підліток повинен зробити такий вибір самостійно, а педагог-тренер – допомогти йому в цьому: навчити правильно оцінювати інформацію, яка надходить, зважувати всі "за" і "проти", вибирати найбільш

прийнятні для підлітка стратегії поведінки; створювати умови для засвоєння різних комунікативних та поведінкових стратегій.

Кожна людина у своєму повсякденному житті найчастіше діє звичним для неї способом. Знаходячись у незвичній для себе ситуації перед необхідністю вибору, людина може зробити зовсім несподіваний крок або діяти відповідно до однієї з відпрацьованих раніше стратегій. Люди, що володіють широким і різноманітним набором комунікативних стратегій, легше адаптуються в нестандартних ситуаціях, частіше приймають зважені і відповідальні рішення. Якщо ж у арсеналі людини тільки одна чи дві стратегії, то це значно знижує її можливості вибору і підвищує ймовірність невдалих рішень.

**Четвертий етап** – засвоєння навичок здорового способу життя, оволодіння набором різноманітних комунікативних стратегій. На цьому етапі формування саногенної поведінки ефективним є застосування рольових ігор, моделювання ситуацій, у яких потрібно зробити вибір, обговорення окремих випадків тощо.

**П'ятий етап** – позитивні зміни поведінки, вибір оздоровчих стратегій зрештою приводять до зміни стереотипів мислення. Вибір здорового способу життя стає свідомим, природним і закономірним вибором особистості. Нагорода за здоровий спосіб життя – зміцнення здоров'я, підвищення самооцінки, самодостатність.

Дану модель зміни поведінки розробили американські вчені Джеймс Прочаска і Карло Ди Клементе, які вивчили накопичені психологією дані про подолання різних залежностей (паління, алкоголізм, переїдання й інші) і виявили загальні закономірності, характерні для всіх випадків успішної зміни поведінки.

Соціальна реклама, плакати, відеокліпи діють в основному на першій стадії, допомагаючи людині замислитись над проблемою. Потім для зміни поведінки потрібна більш конкретна інформація – друковані матеріали, телефон довіри, консультації фахівців. Для досягнення стабільних результатів потрібні групи підтримки, соціально-психологічні служби, цілеспрямована робота з оточенням, рідними і близькими.

Без врахування цих психологічних особливостей профілактична робота, спрямована на зміну поведінки, ризикує залишитися на рівні I–II етапів, коли частина людей навіть не замислюється над тим, що наражає себе на небезпеку, а решта хоч і замислюється, але не робить ніяких кроків для зміни ситуації.

*Додаток 2.12*

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТИ В ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я**

Освіта в галузі здоров'я на основі навичок є підходом, який передбачає використання досвіду застосування численних методик навчання, з акцентом на методику активної участі, та ставить за мету розвиток знань, формування відношення та спеціальних навичок, необхідних для діяльності, спрямованої на дотримання здорового способу життя та створення відповідних умов життя.

Сучасна освіта – це значно більше, ніж навчання письму та читанню, це суттєво складніше, ніж передача певного набору інформації та знань. Сучасна високоякісна освіта – особистісноорієнтований розвиток людини, формування самосвідомості, системи норм і цінностей, навичок спілкування та прийняття рішень, умінь управляти своїми бажаннями та впливати на діяльність інших, долати перепони, протистояти чужій волі, тиску, це набуття звичок, необхідних для успішного інтегрування молоді у суспільні відносини та самостійне життя.

Отже, освіта в галузі здоров'я на основі навичок має поєднувати засвоєння необхідних знань, формування певного ставлення та конкретних навичок, необхідних для позитивної поведінки, збереження та розвитку здоров'я. Саме ця тріада "знання – ставлення – навички (включаючи життєві)" визначає зміст навчання в галузі здоров'я на основі навичок.

Поняття "навички" поряд із поняттям "уміння" є досить вживаними у вітчизняній педагогіці. Поняття "життєві навички" на сьогодні ще не стало категорією певної науки і не має конкретного визначення, яке б однозначно сприймалося фахівцями. Але з вищенаведеного тлумачення цілком зрозуміло, що це поняття інтегрує навички, які стосуються різних складових людського буття (фізичного, психологічного, духовного, соціального) і дозволяють вирішувати завдання адаптації й розвитку, а також збереження здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства.

**Знання** передбачає володіння певним масивом інформації та розуміння світу і фактів життя на її основі. Передача знань у процесі навчання може включати як викладення та засвоєння окремих простих фактів, так і розуміння того, як різні факти пов'язані один з одним. Наприклад: знання шляхів передачі ВІЛ-інфекції є результатом засвоєння простих фактів, але усвідомлення зв'язку між різними шляхами передачі ВІЛ-інфекції дає розуміння того, що сексуальні стосунки із споживачем ін'єкційних наркотиків підвищують ризик інфікування.

Знання є необхідною умовою навички, але недостатньою для її формування. Знання – це інформація, яка не обов'язково може бути переведеною в ранг діяльності. У більшості випадків для формування навички інформація потрібна, але наявна інформація рідко виявляється достатньою.

**Ставлення** – це особистісні погляди, стереотипи, уявлення, переконання, заботи, суб'єктивні оцінки. Воно проявляється в певному відношенні до людей, предметів, явищ: подобається чи не подобається, хороше чи погане, важливе чи неважливе, потребує уваги чи не потребує тощо. Слід наголосити, що в контексті розуміння ставлення як елемента зазначеної тріади "знання – ставлення – навички" це поняття розглядається в широкому тлумаченні, включаючи ціннісні настанови, переконання, соціальні та субкультурні норми, права, очікування та мотивації. Ставлення значною мірою зумовлює реакції людини і певні стереотипи її поведінки. Наприклад, сформоване негативне ставлення до вживання наркотичних речовин забезпечує прояв захищеної поведінки, що передбачає уникнення відповідних небезпечних ситуацій.

**Навички** можна визначити як здатність практикувати конкретні моделі поведінки. Їх поділяють на життєві та "інші". Під "іншими" маються на увазі специфічні практичні навички, уміння та техніки, які стосуються здоров'я. Наприклад: надання першої допомоги, дотримання гігієни, правильне використання контрацептивів.

**Життєві навички** – це набута людиною здатність до адаптивної та позитивної поведінки, яка дає можливість ефективно вирішувати проблеми та долати повсякденні труднощі (за визначенням ВООЗ). Зокрема, життєві навички можна розглядати як групу психосоціальних компетенцій та навичок міжособистісного спілкування, які допомагають людям приймати поінформоване та об'рунтоване рішення, розв'язувати проблеми, критично та творчо мислити, ефективно будувати соціальні контакти та здорові стосунки, співчувати, продуктивно організовувати своє життя, вести здоровий спосіб життя. Життєві навички можуть бути застосовані людиною у власній поведінці або

спрямовані на інших, так само як і на зміну оточення задля того, щоб зробити його позитивним та безпечним для здоров'я.

Протягом останніх десятиріч ХХ сторіччя це поняття стало широко використовуватися в документах міжнародних організацій для визначення концептуального підходу до забезпечення психосоціального розвитку дітей і молоді та профілактики соціально зумовлених захворювань (таких як ВІЛ/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), куріння, алкоголізм та наркоманія) на основі формування та розвитку життєвих навичок.

Цей активний підхід виник як альтернатива пасивному інформаційно-просвітницькому, який виявився неефективним у вирішенні завдань профілактики куріння, вживання алкоголю, наркотизації, поширення інфікування ВІЛ та ІПСШ. Підхід "навчання на основі життєвих навичок" обґрунтовує необхідність формування усвідомлених поведінкових практик, які б дозволяли успішно розв'язувати завдання інтеграції в суспільство, додання життєвих труднощів, повсякденних проблем, самозахисту від ризикованої поведінки тощо. Важливим є те, що напрацьовані програми формування життєвих навичок передбачають широке використання інтерактивних методів навчання: моделювання ситуацій, рольові ігри, дискусії, дебати, вікторини, ситуаційний аналіз, використання аудіовізуальних видів робіт (театр, музика, інші засоби мистецтва) тощо.

Освіта на основі життєвих навичок реалізує основні права дитини, які включені до Конвенції, особливо ті, що стосуються найбільш досконалих послуг системи охорони здоров'я (стаття 24), а також права на отримання освіти з метою розвитку потенціалу дітей у найбільш повному обсязі (статті 28, 29). Діти мають універсальні та невід'ємні права, включаючи право на виживання, на захист від шкідливого впливу, від насильства й експлуатації, на повноправну участь у житті родини, культурному та соціальному житті. Держава несе відповідальність за повагу, захист та дотримання прав дітей. Освіта повинна здійснюватися в інтересах дитини, її безперервного та всебічного розвитку, без дискримінації, з урахуванням думок дитини та за її активної участі.

Існують різні підходи до групування ключових навичок за категоріями (додаток 2.14), однак, більшість з них, незважаючи на приналежність до різних категорій, взаємопов'язані, а деякі навіть можна формувати одночасно в процесі навчання.

Школа має відігравати провідну роль у створенні умов для здобуття дітьми та підлітками знань, формування ставлень та вироблення навичок, які потрібні для захисту їхнього здоров'я. Освіта, що базується на формуванні позитивних навичок та здатності уникати та запобігати ризику для здоров'я, допомагає молоді сформувати саногенний стиль поведінки

Програми, спрямовані на розвиток загальних життєвих навичок, менш ефективні для досягнення конкретних поведінкових результатів, ніж програми, які акцентують увагу на використанні навичок для відповідного вибору в сфері здоров'я і поведінки. Для тих, хто готує програми, розробляє навчальні плани і для вчителів, які будуть їх реалізовувати, визначення і вибір тем для навчання з питань здоров'я, а також пов'язаних з ним моделей поведінки є дуже важливими і потребують узгодженості з навчанням конкретних життєвих навичок. Розробка змісту освіти в галузі здоров'я має базуватися на вивченні особливо серйозних загроз здоров'ю, ризиків та існуючих захисних факторів, включаючи необхідні навички та моделі поведінки.

Формування та розвиток навичок, необхідних для збереження здоров'я, сприяє тому, що підліток вчиться успішно чинити опір зовнішнім впливам, які

можуть мати негативні наслідки для нього. У підлітковому віці людина, як правило, не усвідомлює цінності здоров'я; зацікавлена у всебічному пізнанні світу; прагне якщо не засвоїти, то хоча б спробувати "принади", атрибути "дорослого життя", які забороняються підліткам, у тому числі й вживання алкоголю, куріння, сексуальні стосунки тощо; досить часто перебуває під впливом груп ровесників, які можуть підштовхувати до поведінки, пов'язаної з ризиком, Цей ризик також, як правило, пов'язаний зі спробою вживання алкоголю, наркотиків, палінням, нездоровим харчуванням, раннім початком статевого життя, інфікуванням ІПСШ та ВІЛ, незапланованою вагітністю, проявами насильства та жорстокості.

Додаток 2.13

### КАТЕГОРИЗАЦІЯ НАВИЧОК, НА ОСНОВІ ЯКИХ РЕАЛІЗУЄТЬСЯ ОСВІТА В ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я

<b>1. Навички комунікативні та міжособистісного спілкування</b>	
<i>Навички міжособистісного спілкування</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– здійснювати вербальне та невербальне спілкування</li> <li>– уважно і зацікавлено слухати</li> <li>– виражати почуття</li> <li>– отримувати зворотній зв'язок</li> </ul>
<i>Навички ведення переговорів, навички відмови</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– вести переговори</li> <li>– уникати або гасити конфліктні ситуації</li> <li>– відстоювати свою позицію</li> <li>– уникати небажаних ситуацій</li> </ul>
<i>Навички емпатії (співпереживання)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– сприймати і розуміти потреби і обставини інших людей</li> <li>– виражати розуміння щодо проблем інших людей</li> </ul>
<i>Навички співпраці та роботи в команді</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– виявляти повагу до внеску інших людей в загальну справу</li> <li>– ставитись з розумінням до особливостей поведінки інших</li> <li>– об'єктивно оцінювати власні здібності та свій внесок у загальну справу</li> </ul>
<i>Навички відстоювання інтересів</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– переконувати інших людей</li> <li>– впливати на мотивацію поведінки інших людей</li> <li>– встановлювати контакти</li> </ul>
<b>2. Навички прийняття рішень та критичного мислення</b>	
<i>Навички прийняття рішень та розв'язання проблем</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– збирати інформацію</li> <li>– оцінювати можливі наслідки власних дій та дій інших</li> <li>– визначати альтернативні шляхи розв'язання проблем</li> <li>– уникати суб'єктивного підходу, враховуючи не лише власне ставлення, але й ставлення інших</li> </ul>

<p><i>Навички критичного мислення</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– аналізувати вплив однолітків і засобів масової інформації</li> <li>– аналізувати значення цінностей, соціальних норм та переконань і факторів, що впливають на них</li> <li>– визначати важливість інформації та здійснювати її пошук</li> </ul>
<p><b>3. Навички самоорганізації та управління емоціями</b></p>	
<p><i>Навички формування впевненості у собі, здатності прийняти рішення та взяти на себе відповідальність за його наслідки</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– бути впевненим у собі та поважати особистість інших</li> <li>– розвивати самосвідомість</li> <li>– знати і розуміти свої права та обов'язки</li> <li>– визначати мету і прогнозувати результати дій</li> <li>– адекватно оцінювати себе</li> <li>– контролювати свою поведінку</li> </ul>
<p><i>Навички керування почуттями</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– контролювати почуття гніву та невдоволення</li> <li>– вгамовувати почуття втрати, тривоги, горя</li> <li>– боротися з психологічними наслідками насильства або травми</li> </ul>
<p><i>Навички запобігання стресу та подолання його негативних наслідків</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– контролювати та раціонально використовувати час</li> <li>– підтримувати позитивне (оптимістичне) мислення</li> <li>– володіти методиками психологічної релаксації</li> </ul>

*Додаток 2.14*

### **МОДЕЛІ ЕФЕКТИВНОГО НАВЧАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ОСНОВІ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ЖИТТЄВИХ НАВИЧОК**

Багатопредметна модель передбачає валеологізацію змісту предметів як природничого, так і гуманітарного профілю.

Однопредметна модель, за якою досягнення основної мети валеологічного навчання і виховання відбувається за навчальним планом і програмами предметів "Основи здоров'я", "Валеологія", "Безпека життєдіяльності".

Змішана модель, яка поєднує дві попередні за їхніми основними позитивними ознаками, включаючи позаурочну валеологічну освіту з дітьми і батьками, громадськими організаціями.

**Багатопредметна модель**, яка передбачає включення питань здоров'я до різних предметів, серед переваг має те, що дозволяє забезпечити практично повне охоплення навчанням школярів і значна кількість учителів залучається до освіти в галузі здоров'я на основі навичок. Крім того, є потенціал посилення такої роботи. Існують і суттєві аргументи проти такої моделі, зокрема: ці теми можуть "загубитися" серед тих, що вважаються вчителями та учнями основними. Внесення змін (нової інформації) до навчально-методичного забезпечення вимагатиме багато часу; порівняно мало часу залишатиметься на навчання з питань здоров'я та розвиток певних навичок; не виключено, що деякі вчителі-предметники будуть вкладати в зміст та методи навчання деяку інформаційну упередженість.

**Однопредметна модель** – виокремлення спеціального предмета також має аргументи "за" і "проти". Перевагами є те, що предмет, скоріше за все, будуть викладати вчителі, які отримали відповідну підготовку як за змістом, так і за ефективними методами навчання. Учителі та учні більше уваги приділятимуть змістовим питанням предмета, порівнюючи з першою моделлю. Такий підхід дасть кращі можливості забезпечити наступність матеріалу, системне планування та оцінювання результатів навчання. Крім того, буде створена професійна спільнота вчителів, яка сприятиме поширенню нового пласту інформації, розвитку технологій та підвищенню якості навчання. Головним аргументом "проти" є те, що такому предмету тимчасово може надаватися низький статус у порівнянні з іншими, він може розглядатися як неважливий (наприклад, для вступу у ВНЗ). На першому етапі впровадження такої моделі виникатимуть проблеми підготовки вчителів, оскільки вирішення цього питання потребує часу, а ті вчителі, яким буде доручено навчати після короткотермінових курсів підвищення кваліфікації, можуть почуватися невпевнено і бути недостатньо компетентними щодо змісту, форм та методів навчання в галузі здоров'я на основі навичок.

**Змішана модель** дозволяє поєднати переваги та звести до мінімуму недоліки обох вище зазначених моделей, хоча її впровадження також передбачає певний етап розвитку, інтенсивний період підготовки педагогічних кадрів та долання стереотипів. Саме вона є на сьогодні найперспективнішою, найефективнішою і пролонгованою, хоча й потребує більших зусиль та коштів.

*Додаток 2.15*

## **ШКОЛУ ЗДОРОВ'Я СТВОРЮЄМО САМІ**

*порадник для педагогів, управлінців, творчих вчителів  
(за редакцією Л.Д.Покросвої та ін.)*

Головна цінність суспільства – життя й здоров'я людини.

Здоров'я – це те, без чого людина не може бути щасливою. Здоров'я можна лише сформувати, здобути шляхом цілеспрямованої напруженої праці над собою і набуттям знань. Це знання засад здорового способу життя, тобто порядку життєдіяльності, який би зберігав і навіть примножував здоров'я, а не руйнував його.

Діти – майбутнє кожної держави, перспективи її економічного, соціального та духовного розвитку.

Здоров'я завжди було головним чинником безпеки нації. Але саме на початку третього тисячоліття ця істина почала звучати, як дзвін на сполох. Завдання поліпшення здоров'я школярів не може бути вирішене тільки зусиллями медиків. Здоров'я має бути одним із результатів освіти.

Україна активно сприйняла світові тенденції щодо поліпшення стану здоров'я населення через освіту.

Одна з головних задач сучасного суспільства – створення такої освітньої системи, яка б не тільки виховувала освічену культурну людину, але й зберігала б та розвивала її здоров'я.

Школа – це життєвий простір дитини, в якому вона знаходиться близько 70% свого часу, тому саме школа повинна давати знання та вміння організувати життя, діагностувати, берегти та поліпшувати здоров'я дитини. При цьому потрібно враховувати соціально-економічні, екологічні, кліматичні та інші регіональні та індивідуальні особливості, в яких виховується дитина.

Різке погіршення побутових умов, порушення системи шкільного харчування, неповноцінний відпочинок, зниження рухової активності, зменшення щоденного фізичного навантаження, наслідки хімізації, промислового прогресу, поява багатьох раніше заборонених харчових добавок та наповнювачів, вживання в їжу неякісних продуктів, наслідки чорнобильської катастрофи та інші несприятливі екологічні фактори неминуче призводять до росту дитячої захворюваності.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, на даний час 90% учнівської молоді мають відхилення у здоров'ї, понад 50% - незадовільну фізичну підготовку.

За останні п'ять років захворюваність дітей 7-14 років збільшилася майже на 35%. Більш як у п'ять разів зросла захворюваність дітей та підлітків на ендокринні хвороби та хвороби обміну речовин. Спостерігається зменшення кількості здорових школярів з 33% (у першому класі) до 6-9% (серед старшокласників). Зростає загальна дитяча інвалідність.

Серед випускників загальноосвітніх закладів, згідно зі статистичними даними, 60% мають порушення постави, 50% – короткозорість, 40% – порушення серцево-судинної системи та нервово-психічні відхилення, 60% – порушення мови. Кожен четвертий юнак за станом здоров'я не може проходити строкову службу в армії.

Більш як половина дітей 12-14 років (62%) та понад 72% молоді 15-20 років уживають алкоголь. Кожна третя дитина 12-14 років і кожна друга після 15 років палить. Кожний п'ятий підліток 15-18 років вживає наркотики.

У віці 15-18 років 90,9% усіх вагітностей закінчилися абортom. Це набагато перевищує показник західноєвропейських країн. Медичне обстеження сексуально активних підлітків в одному з промислових регіонів підтвердило наявність ознак ХПСШ (хвороб, що передаються статевим шляхом) у 24% обстежених.

Майже половина генофонду нації з різних причин не відтворюється у наступному поколінні.

Соціологічним факультетом Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна в 2001/2002 навчальному році було проведено комплексне дослідження серед учнів 7-11 класів м. Харкова та встановлено, що 37% школярів палять, 60% – вживають алкогольні напої, 40% – вже спробували наркотичні речовини, 14% – їх постійно вживають.

Аналіз стану здоров'я дітей в нашій країні підтверджує, що пошуки методів освіти і виховання, форм його організації щодо збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління держави набувають особливого значення. Успішне досягнення цієї мети можливе тільки при методичній, комплексній і узгодженій роботі батьків, педагогів, лікарів, юристів і соціологів.

Перехід на 12-річний термін навчання створює суттєві переваги для одержання учнями якісної освіти і збереження їхнього здоров'я, тобто до основної функції освіти – дати знання, приєднується її оздоровча функція.

Невідкладне вирішення цієї проблеми в найближчий час – це створення "Шкіл сприяння здоров'ю" та їх масовий розвиток в освітянській системі. По суті кожна українська школа повинна стати школою сприяння здоров'ю незалежно від її статуту.

Перш за все, в такій школі мають бути необхідні психолого-педагогічні умови, щоб учні через різноманітні види шкільної діяльності змогли б засвоїти знання, розвивати та реалізовувати себе у творчій праці, усвідомлювати себе вільними у формах культурної поведінки, вміти зберігати своє здоров'я, вести



здоровий спосіб життя, бути готовими до особистого життя в різних умовах та ситуаціях, бути повноправними членами сучасного суспільства.

В Україні розроблено **модель “Навчальний заклад – Школа сприяння здоров’ю”**. Питання розширення мережі таких шкіл залишається актуальним згідно з наказом Міністерства освіти і науки України від 29 квітня 2002 року № 157/281 “Про подальший розвиток Міжнародного проекту “Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю в Україні”.

Існують різні підходи до створення моделі.

Модель (від лат. *modulus* – міра, зразок) – тип, марка, конструкція чогось; відтворення предмета; схема, зображення або опис якогось явища чи процесу.

Модель школи потребує вихідної теоретичної розробки, концепції, положення та ідеї, яку необхідно втілити на практиці, спираючись на досвід.

Задача – знайти найкращий варіант організації навчально-виховного процесу з використанням всіх існуючих можливостей для підвищення результативності роботи школи.

Програма розвитку школи передбачає перехід на більш високий рівень культури життєдіяльності школи та освітніх процесів у школі, підвищення якості навчання та виховання, гуманності, демократичності, культууроємності.

Навчальний заклад – “Школа сприяння здоров’ю” забезпечує умови та механізм педагогічної ідеї навчального закладу щодо формування здоров’я, здійснює навчання і виховання в інтересах особи і суспільства, створює сприятливі умови для всебічного розвитку здорової особистості.

Головною метою такого навчального закладу є формування і розвиток фізично, психічно, соціально і морально здорової особистості зі стійкими переконаннями та системою знань про здоров’я і здоровий спосіб життя, створення умов для збереження і зміцнення здоров’я, самоствердження, самодостатності та самореалізації в дорослому житті.

Існують різні визначення здоров’я та підходи до його збереження і зміцнення в етнопедagogіці.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я “здоров’я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або фізичних вад”.

Навчання тоді буває найбільш успішним і мінімально травматичним для психіки дитини, коли строго координується з віковими фізіологічними і психологічними можливостями, коли педагог враховує спадкоємний потенціал молоді особистості. Навчання повинне бути зорієнтоване на здібності організму протистояти стресам, а ця здібність є ніщо інше, як здоров’я.

Здоров’я людини – це його здатність зберігати відповідну до віку і статі психофізіологічну стійкість в умовах постійної зміни кількісних та якісних одиниць структурної і сенсорної інформації.

Здоров’я відображає якість пристосування організму до умов зовнішнього середовища, являє процес взаємодії людини та середовища існування; сам стан здоров’я формується в результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (спадковість, стать, вік) факторів.

Коли умовно прийняти рівень здоров’я за 100%, то 20% залежить від спадкових факторів, 20% – від соціально-економічних та екологічних умов, 10% – від діяльності системи охорони здоров’я, 50% залежить від самої людини, від її способу життя.

**Спосіб життя** – це біосоціальна категорія, яка характеризує життєдіяльність людини, її працю, побут, форму задоволення матеріальних і духовних потреб, правила індивідуальної і громадської поведінки. Тобто, спосіб життя – це “обличчя” індивіда, яке відображає і рівень суспільного прогресу.

Здоров'я дорослої людини формується в дитинстві і значною мірою залежить від здорового способу життя.

В основі здорового способу життя лежать як біологічні, так і соціальні принципи.

До біологічних принципів здорового способу життя відносять такі, які:

- відповідають віковим особливостям;
- забезпечуються енергетично;
- є ритмічними;
- є зміцнювальними.

До соціальних можна віднести:

- естетичний;
- моральний;
- вольовий принципи.

Реалізація цих принципів складна, часто має суперечливий характер і не завжди приводить до бажаного результату. Це зумовлено перш за все тим, що в нашому суспільстві поки що недостатньо виражена позитивна мотивація здоров'я. Через низьку культуру вона не стала на перше місце в ієрархії людських потреб.

**За сучасними уявленнями, в поняття “здоровий спосіб життя” входить наступне:**

- оптимальний руховий режим;
- раціональне харчування;
- загартовування;
- особиста гігієна;
- позитивні емоції;
- відмова від шкідливих звичок (паління, вживання алкогольних і наркотичних речовин).

**Здоровий спосіб життя** – це сукупність таких умов навчання і виховання, спілкування, праці й відпочинку, в яких проявляються звички, режим і темп життя, які сприяють збереженню, зміцненню, формуванню, відтворенню і передачі здоров'я (у майбутньому).

**Формування індивідуального здорового способу життя.**

Саме школа повинна сприяти вихованню у дітей звичок, а потім і потреб здорового способу життя, формуванню навичок прийняття самостійних рішень по відношенню до підтримки та зміцнення свого здоров'я. Так, наприклад, у середній спеціалізованій загальноосвітній школі № 162 м. Харкова була розроблена та впроваджена у практичне застосування методика викладання теми “Профілактика йододєфіцитних захворювань”. Ця тема не є обов'язковою для діючої шкільної програми, однак вчителі, враховуючи актуальність проблеми для України, знайшли можливість творчого викладання проблеми для учнів 1-12 класів.

Зрозуміло, що питання здоров'я дітей шкільного віку можуть успішно вирішуватися тільки у тому випадку, коли робота буде здійснюватися за такими напрямками:

- створення оптимальних умов у школі та вдома;
- раціональна організація праці та відпочинку школярів;

- впровадження новітніх, здоров'язберігаючих педагогічних технологій;
- виховання у школярів свідомого ставлення до охорони свого здоров'я;
- збереження морального, фізичного та психічного здоров'я підростаючого покоління.

### **Які ж шляхи створення моделі “Школа сприяння здоров'ю”?**

У кожного свої підходи, особисте бачення вирішення цієї проблеми.

Необхідно враховувати, що такі школи можуть функціонувати на базі дошкільних, загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладів різного типу, шкіл-інтернатів, професійно-технічних училищ.

Як свідчить практика, на сьогодні більшість педагогічних колективів переорієнтовує організацію навчально-виховного процесу на формування освіченої, творчої особистості, становлення її фізичного і психічного здоров'я, виховання потреби здорового способу життя. Для багатьох навчальних закладів оздоровлення школи починається з творчості вчителя. Тому школи обирають різні напрямки:

- впровадження сучасних технологій навчання та виховання;
- валеологізація освітньо-виховного процесу;
- здоров'язберігаюча педагогіка;
- фізичне виховання та зміцнення фізичних показників учнів;
- психологічна та педагогічна підтримка дітей;
- превентивне виховання;
- безпека життєвої діяльності учнів;
- культура здоров'я;
- духовне та естетичне удосконалення.

За цими показниками створюються різні моделі шкіл сприяння здоров'ю, які забезпечують необхідні умови для успішного впровадження інноваційних педагогічних технологій, оптимального розвитку особистості школярів, збереження здоров'я та безпеки життєвої діяльності учнів.

Обговорити ці проблеми можна, використовуючи інтерактивні методики, запропоновані авторами. Наприклад, вивчення проблеми профілактики йоддефіцитних захворювань на основі методичних розробок колективу ССЗШ № 162 м. Харкова.

Науково-методична лабораторія з проблем виховання здорового способу життя Харківського обласного науково-методичного інституту безперервної освіти запропонувала алгоритм створення навчального закладу – “Школи сприяння здоров'ю”.

### **Алгоритм створення моделі “Школа сприяння здоров'ю”.**

Перше – це **вивчення самої проблеми**, ознайомлення з нормативними документами, аналіз науково-методичної літератури, вивчення Основних вимог та критеріїв організації діяльності навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю, затверджених Міністерством освіти і науки України та Міністерством охорони здоров'я України (наказ від 17.07.2002 р. № 412/254).

Другий етап – це **затвердження Статуту та Положення**.

Навчальний заклад – “Школа сприяння здоров'ю” діє згідно зі Статутом та Положенням, які розробляються на підставі Основних вимог та Положення про загальноосвітній навчальний заклад. Положення затверджується спільною конференцією вчителів, учнів та їх батьків.

Статус учасників оздоровчо-освітнього процесу визначається Статутом та правилами внутрішнього розпорядку навчального закладу, з якими знайомлять учнів та їх батьків.

Учасниками оздоровчо-освітнього процесу в навчальному закладі – “Школі сприяння здоров’ю” є: учні (вихованці), педагогічні працівники, психологи, бібліотекарі, медичні працівники, соціальні педагоги, батьки та інші представники громадськості.

Керівництво таким навчальним закладом здійснює директор навчального закладу. Він є членом або головою постійно діючого органу самоврядування з проблем формування культури здоров’я учнів.

*Батьки учнів мають право:* обирати і бути обраними до органів самоврядування, звертатися до органів управління освітою, директора навчального закладу, органів самоврядування з питань охорони і збереження здоров’я дітей.

*Вищим колегіальним органом самоврядування є конференція,* яка скликається раз на рік. Порядок скликання, повноваження, чисельність, склад конференції визначаються Статутом та Положенням навчального закладу.

У період між конференціями ці функції виконує педагогічна рада закладу. Обсяг і зміст оздоровчо-освітніх заходів визначаються *шкільною координаційною радою,* що є керівним органом навчального закладу – Школи сприяння здоров’ю відповідно до педагогічних і санітарно-гігієнічних вимог та з урахуванням індивідуальних особливостей учнів і стану їх здоров’я.

Стратегічні питання, пов’язані з охороною та збереженням здоров’я учнів, формуванням здорового способу життя розглядає *педагогічна рада* навчального закладу.

*Педагогічний працівник має право:* на сприятливі умови своєї педагогічної діяльності, підтримку адміністрації в інноваційній діяльності щодо формування культури здоров’я учнів, на користування оздоровчо-спортивною базою для зміцнення власного здоров’я, вносити пропозиції керівництву щодо поліпшення оздоровчо-освітньої роботи.

Третій етап – це **організація оздоровчо-освітнього процесу** такого навчального закладу.

Оздоровчо-освітній процес у навчальних закладах – “Школах сприяння здоров’ю” здійснюється відповідно до *робочого плану* і може бути його складовою. План затверджується педагогічною радою.

Проблеми життєдіяльності шкільного колективу вирішуються також відповідними органами батьківського та учнівського самоврядування.

“Школа сприяння здоров’ю” здійснює валеологічну освіту за навчальними планами, підручниками, посібниками з відповідним грифом Міністерства освіти і науки України і реалізує завдання щодо збереження і зміцнення здоров’я учнів відповідно до їхніх вікових та індивідуальних особливостей.

Школа самостійно здійснює вибір форм, методів і засобів валеологічного навчання та виховання в межах, визначених законами України “Про освіту”, “Про загальну середню освіту”, “Про позашкільну освіту”, Положенням про загальноосвітній навчальний заклад та іншими нормативними документами.

*Навчальний заклад* несе відповідальність за якість наукових знань про здоров’я та рівень формування здорового способу життя, відповідність форм, методів і засобів навчально-виховної діяльності віковим, фізіологічним, психологічним особливостям учнів, вимогам щодо охорони їхнього життя і здоров’я.

З метою постійного контролю ведеться обов’язкова паспортизація стану здоров’я кожного учня та його індивідуальний щоденник здоров’я.

*Директор школи* забезпечує дотримання вимог охорони життя і здоров’я учнів, створює необхідні умови для валеологічної освіти та виховання, їхньої участі в оздоровчо-освітніх заходах в позаурочний час; забезпечує дотримання

санітарно-гігієнічних норм і техніки безпеки, спрямовує діяльність педагогічного колективу на запобігання вживанню учнями алкоголю та наркотиків, іншим шкідливим звичкам для здоров'я, контролює організацію харчування і медичного обслуговування учнів, превентивні заходи проти прояву насильства.

Режим роботи, час на активний відпочинок та харчування встановлюється відповідно до педагогічних та санітарно-гігієнічних вимог, погоджується з місцевими органами освіти і відповідними органами управління медичною галуззю, затверджується директором.

Матеріально-технічна база навчального закладу – “Школи сприяння здоров'ю” складається з цінностей навчального закладу, до якого він належить. Заклад та його засновники прагнуть поліпшення матеріально-технічної бази, що сприяє покращенню фізичного, психічного, соціального та морального здоров'я учасників навчально-виховного процесу.

*Учні мають право* на: безпечні і нешкідливі умови навчання, праці та проведення позакласних занять; користування спортивною, лікувально-оздоровчою базою, участь у різних видах оздоровчої діяльності; захист від будь-яких видів діяльності, які можуть зашкодити здоров'ю; пропагувати здоровий спосіб життя. Одночасно вони *зобов'язані*: підвищувати рівень знань про здоров'я, дотримуватися норм здорового способу життя, підтримувати позитивний психологічний мікроклімат в учнівському колективі, у сім'ї та мікрорайоні, сприяти здоровим стосункам між ровесниками, педагогами, батьками та серед населення в цілому.

*Батьки зобов'язані*: забезпечувати умови для збереження і зміцнення здоров'я дітей у сім'ї з тим, щоб процес формування культури здоров'я був неперервним, постійно дбати про фізичне, психічне і моральне здоров'я дітей, створювати належні умови для їхнього розвитку, активно впроваджувати ефективні технології збереження і зміцнення здоров'я, сприяти здоровим стосункам між учнями, педагогами, батьками.

*Педагогічний працівник зобов'язаний*: сприяти збереженню здоров'я учнів, формувати здоровий спосіб їх життя, створювати в навчальному закладі позитивний мікроклімат, надавати можливість розкрити найбільш повно їхні фізичні, психічні та соціальні можливості, сприяти здоровим стосункам між учнями, педагогами та батьками, особистим прикладом утверджувати культуру взаємостосунків між учнями і колегами, виконувати Статут навчального закладу, правила внутрішнього розпорядку, постійно підвищувати рівень знань із питань гігієни, психології спілкування, здійснювати соціально-правовий захист дітей та молоді; приймати рішення щодо участі дитини в оздоровчій діяльності навчального закладу, брати участь у заходах, спрямованих на поліпшення організації оздоровчо-освітнього процесу, забезпечувати ефективне використання місцевих ресурсів для підтримання роботи “Школи сприяння здоров'ю”.

Виходячи з цього, навчальний заклад виробляє *структурні компоненти “Школи сприяння здоров'ю”*, тобто створює свою *модель* сучасного навчального закладу, має власну концепцію та її наукове обґрунтування, враховуючи:

#### **I. Організаційно-педагогічні умови:**

- створення та організація роботи органів самоврядування з питань формування культури здоров'я;
- володіння аналітичною інформацією, нормативно-правовою базою щодо створення умов здорового перебування дітей у навчальних за-

кладах – закони України, Укази Президента, Постановки КМ України, Національні та державні програми, нормативно-правові документи Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, міжнародних організацій (Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ);

- планування та реалізація заходів щодо збереження та формування фізичного, психічного, морального здоров'я в навчальному закладі, класі, групі;
- створення відповідних санітарно-гігієнічних умов життєдіяльності учнів, вихованців, вчителів.

## **II. Науково-методичне забезпечення:**

- розробки та впровадження моделей здорового способу життя вчителів, працівників школи як приклад для учнів, їх батьків (превентивний підхід до виховання);
- розробки та створення експериментальних авторських проєктів програм, підручників, зошитів, рекомендацій та інших методичних посібників із проблеми здорового способу життя, культури здоров'я;
- використання наукових досліджень та впровадження сучасних психолого-педагогічних технологій формування здорового способу життя дітей і молоді у виховний процес дошкільного, загальноосвітнього та позашкільного навчальних закладів;
- організація та проведення науково-методичних конференцій, науково-практичних семінарів, інших методичних заходів із розповсюдженням та застосуванням науково-практичних знань, передового педагогічного досвіду з проблеми здорового способу життя, культури здоров'я.

## **III. Заходи щодо популяризації здорового способу життя, культури здоров'я, оздоровчої діяльності навчального закладу:**

- постійна просвітницька, організаційно-методична робота з розширення мережі навчальних закладів – “Шкіл сприяння здоров'ю”;
- залучення батьківської громадськості до роботи з пропаганди культури здоров'я. Проведення спільних заходів (олімпіад, змагань) батьків і дітей з фізичної культури, знань основ здоров'я, власної гігієни, раціонального харчування тощо;
- організація батьківської освіти з проблем виховання здорової дитини в сім'ї. Взаємодія школи і сім'ї щодо створення здорового соціокультурного середовища виховання дітей;
- перетворення навчального закладу на центр культури здоров'я та здорового способу життя в мікрорайоні школи, населеному пункті;
- виступи вчительської, батьківської та дитячої громадськості в місцевій пресі, на радіо, телебаченні, видання інформаційних листівок, шкільних газет тощо;
- пропаганда здорового способу життя, культури здоров'я в інших дошкільних, загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладах, інших установах;
- проведення учнівських акцій, спрямованих на пропаганду здорового способу життя молоді, профілактику паління, алкоголізму, наркоманії, СНІДу, йододефіциту, ХГПСШ та запобігання насильству;
- організація та проведення систематичного інформаційно-діагностичного обстеження учнів та вчителів, організація відповідного лікування в умовах поліклініки або в інших закладах охорони здоров'я;
- паспортизація здоров'я кожного учня;

- створення банку даних здоров'я школярів з 1 по 12 класи і моніторингу здоров'я в мікрорайоні школи, населеного пункту.

Школа сприяння здоров'ю має право укладати угоди про *співробітництво*, встановлювати прямі зв'язки з іншими навчальними закладами, підприємствами, організаціями і центрами системи освіти та охорони здоров'я, громадськими об'єднаннями свого селища (міста), області, іншими країнами.

Може брати участь у міжнародних програмах, проектах, учнівських та вчительських обмінах відповідно до законодавства, в тому числі Закону України “Про міжнародні договори України”.

Спостереження за діяльністю навчального закладу – “Школи сприяння здоров'ю” забезпечує *Координаційна рада*, яка створюється при відповідному управлінні освіти. Згідно з Основними вимогами навчальні заклади, що мають статус такого навчального закладу щорічно звітуються про свою діяльність письмово та раз на 2 роки – на Всеукраїнській конференції.

За результатами звітування навчальні заклади отримують сертифікат, який підтверджує їхній статус.

Вивчаючи діяльність “Школи сприяння здоров'ю”, необхідно враховувати:

- динаміку стану здоров'я дітей, вчителів, обслуговуючого персоналу навчального закладу за даними моніторингу здоров'я, враховуючи рівень показників гострих захворювань, шлунково-кишкових тощо щорічно та формування хронічної патології;
- ефективність діяльності школи здоров'я за порівняльними показниками вживання шкідливих речовин (тютюн, алкоголь, наркотики) учнями, вихованцями, вчителями, обслуговуючим персоналом, батьками за результатами соціометричних досліджень, анонімного тестування;
- наявність позитивного соціально-психологічного мікроклімату в школі та класах на основі аналізу даних соціометричних досліджень (психологічне анкетування);
- відповідність вимогам санітарно-гігієнічних нормативів навчального закладу, наявність еколого-оздоровчих та санітарно-гігієнічних умов для навчання, творчого розвитку учнів, вихованців у різноманітних видах діяльності;
- оцінку діяльності навчального закладу – “Школи сприяння здоров'ю” (за результатами моніторингу) серед батьків, учнів, вихованців, громадськості.

Лише за умови спільного прагнення педагогічного колективу, учнів, батьків, при підтримці відділів освіти, співпраці з медичними закладами та громадськими організаціями можна створити навчальний заклад – “Школу сприяння здоров'ю”.

### РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГ “ЛЮДИ І ВІЛ/СНІД”

**Мета:** ознайомитися з сучасним станом проблеми ВІЛ/СНІД у світі та в Україні, сформувати толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих людей і розуміння шляхів запобігання розповсюдженню ВІЛ та подолання наслідків епідемії. Підготувати учасників до профілактичної роботи з ВІЛ-інфекції/СНІДу серед студентської та учнівської молоді.

<b>Вид діяльності</b>	<b>Завдання</b>	<b>Остаточний результат</b>	<b>Орієнтовний час проведення</b>
<b>І день</b>			
<b>Вступна частина</b>			40 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i>			5 хв.
<b>Основна частина</b>			460 хв.
<b>Вправа “Кордон”</b> <i>(робота в групі, фронтальне опитування)</i>	Актуалізувати проблему та встановити рівень обізнаності учасників тренінгу щодо проблеми ВІЛ/СНІДу	Встановлений рівень обізнаності учасників визначає зміст подальшої роботи під час тренінгу	20 хв.
<b>Вправа “Сполах”</b> <i>(тематичне асоціювання, робота в малих групах)</i>	Надати інформацію щодо епідеміологічної ситуації в світі та Україні і сформувати впевненість в актуальності роботи щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції	Сформовано уявлення про критичне становище в Україні стосовно розповсюдження ВІЛ/СНІДу та впевненість у необхідності здійснення профілактичної роботи	30 хв.
<i>Перерва на каву</i>			20 хв.
<b>Вправа “СНІД стосується кожного”</b> <i>(показ, робота в групі)</i>	Використовуючи документальні факти, сформувати уявлення, що ВІЛ/СНІД не є проблемою виключно маргінальних груп населення	Викликаний вправою емоційний стан учасників необхідний для мотивованого сприйняття подальшої інформації. Усвідомлено можливість інфікування ВІЛ будь-якої людини, незалежно від її соціального та економічного стану	20 хв.



<p><b>Вправа</b> <b>“Скринька з коштовностями”</b> <i>(робота в малих групах)</i></p>	<p>Дати можливість відчувати психологічний стан людини, яка дізнається про свій (або близьких) ВІЛ-позитивний статус і продемонструвати можливі зміни її ціннісних орієнтирів</p>	<p>Досягнуто розуміння важливості психологічної підтримки людини, яка має ВІЛ-позитивний статус, та необхідності толерантного відношення оточуючих до неї</p>	<p>30 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м'язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Біологія ВІЛ”</b> <i>(прес-конференція, робота в малих групах)</i></p>	<p>Ознайомитися з сучасними науковими даними щодо будови і процесів життєдіяльності ВІЛ та підходами до діагностування і лікування ВІЛ/СНІДу</p>	<p>Сформований мінімально-необхідний рівень знань з біології ВІЛ, необхідний для сприйняття і усвідомлення інформації щодо підходів до профілактичної роботи з попередження інфікування та подолання наслідків епідемії</p>	<p>45 хв.</p>
<p><i>Перерва на каву (обід)</i></p>			<p>45 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Шляхи зараження ВІЛ”</b> <i>(групова дискусія, робота в малих групах)</i></p>	<p>Сформувати уявлення про шляхи зараження ВІЛ та рівень ризику інфікування для різних груп населення</p>	<p>Сформовано знання як основа розуміння шляхів запобігання розповсюдженню ВІЛ та зміни неправильних стереотипів відношення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД</p>	<p>45 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м'язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“ВІЛ та інші інфекційні хвороби”</b> <i>(мозковий штурм, робота в групі)</i></p>	<p>Шляхом порівняння даних про різні інфекційні захворювання, змінити неправильно сформовані уявлення про ВІЛ/СНІД</p>	<p>Сформовано уявлення про те, що ВІЛ не належить до категорії “особливо небезпечних інфекцій” і що інфікуванню можна запобігти за рахунок дотримання певних норм поведінки</p>	<p>45 хв.</p>
<p><i>Перерва на каву</i></p>			<p>20 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Саманта”</b> <i>(показ, аналіз конкретної ситуації)</i></p>	<p>Використовуючи емоційний вплив засобів візуальної демонстрації, викликати бажання змінити ставлення суспільства до проблеми стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД</p>	<p>Викликаний вправою емоційний стан учасників необхідний для мотивованого сприйняття подальшої інформації та активної участі у виконанні вправи “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми...”</p>	<p>15 хв.</p>

<p><b>Вправа</b> <b>“Права і обов’язки ВІЛ-інфікованих”</b> (круглий стіл, робота в малих групах)</p>	<p>Ознайомити учасників з основними положеннями законодавчої бази України щодо ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД</p>	<p>Сформовано уявлення про достатнє законодавче забезпечення прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД і, водночас, відсутність толерантного ставлення населення до їхніх проблем та складного економічного стану України як причини неефективного впровадження цих законів у повсякденне життя</p>	<p>30 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м’язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Роль суспільства...”</b> (ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми...”)</p>	<p>Показати учасникам тренінгу, що проблему запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції та подолання наслідків епідемії ВІЛ/СНІД можливо вирішити лише за умов співпраці представників державних, неурядових та комерційних структур</p>	<p>Досягнуто розуміння учасниками того, що лише міжгалузеве багаторівневе співробітництво є найефективнішим шляхом вирішення проблем здоров’я дітей та підлітків і, зокрема, профілактики ВІЛ/СНІДу. Підвести учасників до усвідомлення ролі освіти у вирішенні цієї проблеми</p>	<p>45 хв.</p>
<p><i>Вечеря</i> (після вечері учасникам може бути запропоновано подивитися художній фільм відповідної проблематики, наприклад, “Філадельфія”)</p>			
<p><b>II день</b></p>			
<p><b>Вправа</b> <b>“Презентація”</b> (лекція)</p>	<p>Узагальнити, доповнити і структурувати інформацію, отриману під час тренінгу, сформувати розуміння важливості проведення профілактичної роботи з проблеми ВІЛ/СНІД серед дітей та молоді</p>	<p>Сформовано узагальнені уявлення учасників щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу</p>	<p>45 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м’язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Наркотики і ВІЛ”</b> (відеофрагменти)</p>	<p>Викликати емоційну реакцію і стан психологічного шоку для мотивування бажання брати участь у роботі, спрямованій на запобігання розповсюдженню наркоманії серед дітей та молоді</p>	<p>Досягнуто розуміння нерозривного зв’язку роботи з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції та поширення наркотичної залежності серед молоді</p>	<p>45 хв.</p>

<i>Перерва на каву</i>			20 хв.
<b>Вправа</b> <b>“Профілактич на робота по запобіганню поширення ВІЛ-інфекції серед молоді”</b> <i>(круглий стіл, робота в малих групах)</i>	Ознайомити учасників з досвідом організації роботи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в системі освітніх закладів	Досягнуто засвоєння учасниками інформації про ефективні підходи до проведення профілактичної роботи з проблеми ВІЛ/СНІДу	45 хв.
<b>Заключна частина</b>			20 хв.

## ВСТУПНА ЧАСТИНА

**Інформаційне повідомлення тренера.** 21 червня 2004 року Міністерство освіти і науки України і Міжнародний благодійний фонд “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні” підписали Меморандум про взаєморозуміння та співпрацю (*додаток 3.1*). У Меморандумі звертається увага на небезпечну ситуацію, що склалась у світі і, зокрема, в Україні з епідемією ВІЛ/СНІД та на необхідність протидії поширенню ВІЛ-інфекції шляхом формування у молодого покоління через зміст освіти свідомого ставлення до свого здоров’я та здоров’я інших як до найвищої соціальної цінності. Сприяти досягненню цієї мети має співробітництво в галузі впровадження у навчальних закладах інформаційно-просвітницьких програм, інтерактивних форм навчання для здобуття знань і формування життєвих навичок щодо зменшення уразливості до інфікування ВІЛ. Сторони погодилися координувати процес підготовки педагогічних працівників з питань пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції серед шкільної та студентської молоді.

За ініціативи “Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні”, який реалізує програму “Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні” та на виконання положень Меморандуму було проведено конкурс проектів із розроблення навчально-методичних матеріалів для учнівської і студентської молоді та педагогічних працівників усіх рівнів. Тренінг “Люди і ВІЛ/СНІД” є результатом діяльності творчого колективу, який виконував проект “Розроблення спеціалізованого курсу з профілактики ВІЛ-інфекції для педагогічних вищих навчальних закладів” (текст Меморандуму роздається кожному учаснику тренінгу).

## ОСНОВНА ЧАСТИНА

### Вправа “Кордон”

(робота в групі, фронтальне опитування)

Вправа виконується у відповідності до рекомендацій, що надаються в розділі 1. Помічник тренера записує кількість учасників, які дали позитивну/негативну відповідь, або не змогли відповісти на запитання. Отримані результати можуть бути використані для внесення змін у план проведення тренінгу і коригування змісту окремих вправ.

**Матеріали:** стрічка довжиною 4м для створення умовного кордону, 2 таблички формату А4 з написами “Так” і “Ні”,

#### **Питання:**

- Чи має місце епідемія ВІЛ/СНІД в Україні?
- Чи завжди ВІЛ-інфікована людина знає свій ВІЛ-статус?
- Чи є потреба ВІЛ-інфікованій людині повідомляти свого статевого партнера про наявність у неї ВІЛ-інфекції?
- Чи є потреба ВІЛ-інфікованій людині повідомляти своїх колег по роботі, сусідів про наявність у неї ВІЛ-інфекції?
- Чи підвищується вірогідність інфікування ВІЛ на фоні інших венеричних хвороб?
- Чи співпадає момент інфікування ВІЛ з початком розвитку СНІД?
- Чи може ВІЛ-позитивна людина роками не знати про наявність інфекції в її організмі?
- Чи існує вірогідність побутового зараження ВІЛ?
- Чи можна вважати використання презервативів основним методом запобігання поширенню ВІЛ?
- Чи захищена юридично в Україні ВІЛ-інфікована людина?
- Чи захищена фактично від дискримінації в Україні ВІЛ-інфікована людина?
- Чи існує зв’язок між епідемією ВІЛ/СНІД та епідемією туберкульозу?
- Чи є ВІЛ-інфікування обов’язковим результатом гомосексуальних відносин?
- Чи має право ВІЛ-позитивна дитина відвідувати загальноосвітню школу?
- Чи може така дитина становити загрозу для інших дітей, що навчаються з нею в одному класі?
- Чи потребують ізоляції від оточуючих хворі на СНІД?
- Чи може бути знятий діагноз “ВІЛ-позитивний” у дорослої людини?
- Чи має ВІЛ рівень контагіозності такий самий, як вірус грипу?
- Чи може повністю знищити ВІЛ в організмі людини активна антиретровірусна терапія?

- Чи є ін'єкційні наркомани основною групою ризику інфікування ВІЛ у світі?
- Чи зменшується відсоток людей в Україні, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом?

**Тренерський підсумок.** Тренер дає узагальнену оцінку відповідей учасників, окремо зупиняючись на тих питаннях, на які отримано найбільшу кількість неправильних відповідей.

### **Вправа “Сполах”**

*(тематичне асоціювання, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Останнім часом у засобах масової інформації з'являється все більше й більше матеріалів стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу. В той же час соціологічні опитування населення свідчать про недостатнє володіння інформацією щодо проблем розповсюдження ВІЛ-інфекції в світі та в Україні. Значна частина респондентів вважає, що захворіти на СНІД може лише представник вразливої, маргінальної групи. Водночас, майже кожна людина володіє певною інформацією, а сукупні знання учасників тренінгу досить об'єктивно можуть віддзеркалити стан проблеми.

**Матеріали:** конверт зі словами або фразами для асоціювання, аркуші ватману, фломастери, інформаційні матеріали “ВІЛ/СНІД: із року в рік” (додаток 3.2) та “Інформація щодо проблеми ВІЛ/СНІД в Україні” (додаток 3.3).

**Завдання:**

1. Побудувати “асоціативні кущі” до отриманого слова або фрази, записати їх на ватмані кольором своєї групи.

2. Через 10 хвилин передати по колу лист ватману для доповнення іншими групами (доповнення вписувати кольором своєї групи). Час, що відводиться на доповнення кожній групі – 5 хвилин.

3. Після повернення ватману, кожній малій групі підготувати доповідь.

4. Після презентації робіт ознайомитися з матеріалом додатків.

Варіанти слів і фраз для асоціацій: поодинокі випадки, тотальне інфікування, гемофілія, ін'єкційні наркотики, секс-бізнес, імунна система, опортуністичні інфекції, ВІЛ і туберкульоз ...

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Питання для обговорення:**

- Чи необхідна активізація зусиль, спрямованих на протидію розповсюдженню ВІЛ-інфекції/СНІДу?
- Чи достатньою, на вашу думку, є профілактична робота, що проводиться в Україні в напрямку попередження розповсюдження ВІЛ та подолання наслідків епідемії?

**Тренерський підсумок.** Таким чином, можна зробити висновок про кризовий стан щодо розповсюдження ВІЛ-інфекції в нашій країні і в світі та необхідність прийняття невідкладних заходів для виправлення ситуації, що склалася.

### **Вправа “СНІД стосується кожного”** (показ, робота в групі)

**Тренерський вступ.** Уявлення про СНІД як про хворобу людей, що належать до певних вразливих груп – є одним з “міфів”, що супроводжує епідемію ВІЛ/СНІДу. Однак, факти свідчать про те, що ця хвороба вже давно вийшла за межі маргінальних груп і що її жертвою може стати люба людина незалежно від віку, статі, сексуальної орієнтації, соціального положення, віросповідання тощо. Достатньо пригадати випадок зараження новонароджених у пологовому будинку м. Елісти, ще на початку розвитку епідемії в колишньому Радянському Союзі, та масове інфікування хворих на гемофілію в 80-роках у США.

“Після перших “шокових” років епідемії ВІЛ, сповнених паніки та міфів, прийшло усвідомлення того, що цю незнану досі смертельну хворобу небезпідставно можна вважати “захворюванням хибної поведінки”. “Хибної” — як із погляду загальноприйнятої моралі та абсолютної більшості релігійних течій, так і з погляду епідеміології (ось де замкнулося коло!). Безладне статеве життя, вживання наркотичних речовин беззастережно засуджуються першими як гріх і визнаються основними шляхами розповсюдження ВІЛ-інфекції другими. Що ж до “медичного” шляху зараження, то хіба не питанням моралі є безвідповідальна поведінка фахівця в галузі охорони здоров'я, який порушує свій професійний та етичний кодекс? Незалежно від того, чи він переливає неперевірену, заражену на ВІЛ кров, чи порушує таємницю діагнозу.

На певний час поняття СНІД та аморальність практично стали синонімами. У мільйонів пересічних громадян виникла певна ілюзія, що нібито СНІД є виключно хворобою “збоченців”, наркоманів та повій. І тому їм, “чесним і порядним, він ніяким чином не загрожує. Проте саме життя досить швидко допомогло позбутися приємної омани: виявилось, що ВІЛ не робить винятку нікому” (О. Пурік).

Для створення відповідної мотивації і певного емоційного фону для сприйняття подальшої інформації на тренінгу, пропонуємо подивитись відеофрагмент, що демонструє докорінні зміни в житті пересічної людини, випадково зараженої ВІЛ.

**Матеріал:** мультимедійний проектор (або відеомагнітофон і телевізор), відеофрагмент (додаток 3.1 – CD).

Взагалі для показу можна використати будь-який відеофрагмент. Це може бути уривок документального фільму, що розповідає про долю якоїсь людини, але краще використовувати фрагменти художніх кінострічок. Останні мають повнішу емоційну насиченість і тому викликають рефлексію у глядача.

**Завдання:** після перегляду відеофрагменту підготуватися до експрес-інтерв'ю, під час якого кожний учасник тренінгу повинен коротко відповісти на запитання: “Які відчуття викликало у вас побачене?”

**Тренерський підсумок.** Безумовно, дізнатися про діагноз: “ВІЛ-позитивний” — це шок для кожної нормальної людини, це руйнація звичних стереотипів та зміна ціннісних орієнтирів людини.

Одна з незмінних істин ВІЛ-інфекції полягає в тому, що людина дізнається про ВІЛ-позитивність раз і назавжди. З цієї миті її життя стає зовсім іншим. Повідомлення про наявність вірусу породжує відчуття невідвортної втрати. Людина зосереджується на думці, що вона вже не є хазяїном свого життя, бо нею “керує” вірус і відтепер вона багато в чому залежить від нього, лікарів, родичів, інших людей, обставин, фізичних виявів хвороби та багатьох обмежень. Втрати, численні втрати... Врешті-решт, відчуття втрати свободи.

### **Вправа “Скринька з коштовностями”**

*(робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Слова ВІЛ-позитивного молодого чоловіка: “Життя з ВІЛ — це життя звичайної людини, плюс проблеми, пов'язані зі спілкуванням, ставленням сім'ї і, особливо, психологічні проблеми. Коли тільки дізнаєшся про діагноз, то враження таке, що це не з тобою, що дивишся фільм або сон. Так продовжується півроку. Звужується коло знайомих, втрачаєш зв'язки з оточуючими, не хвилюють проблеми звичайних людей. Відчуваєш безвихідь. Тим більше, що загальноприйнятий діагноз — невиліковний”.

Що відчуває людина, яка дізналась про свою ВІЛ-позитивність? Давайте спробуємо відтворити цей психологічний стан у наступній вправі.

**Матеріали:** конверт з папірцями, на яких є три варіанти позначок: “-”, “+” і “?”, булавки, папір формату А4 для кожного учасника тренінгу, 3 листи ватману, 3 лотки для паперу, фломастери, інформаційні матеріали “Психологічний стан ВІЛ-позитивної людини” (додаток 3.4) та “СНІДофобія” (додаток 3.5).

**Завдання:**

1. Кожен учасник записує на аркуші паперу:

- *п'ять основних життєвих цінностей;*
- *п'ять найцінніших для нього речей;*
- *п'ять бажань, здійснення яких хотів би бачити найближчим часом.*

2. Кожен учасник тренінгу виймає з конверту папірець з позначкою і прикріплює його на одяг. Ті, хто має однакові позначки об'єднуються, утворивши три малі групи:

“–” – ВІЛ-негативні родичі (батьки або чоловік/жінка) людини, яка отримала позитивні результати тестування на наявність ВІЛ-антитіл;

“+” – людина, яка щойно дізналась про свій ВІЛ-позитивний статус;

“?” – людина, яка не перевірила свій ВІЛ-статус, але була в ситуації, що не виключає інфікування ВІЛ.

3. Члени кожної малої групи складають свої аркуші в лоток (символічна скринька з коштовностями), а потім кольором своєї групи записують на ватмані в три колонки усі “цінності”, що знаходилися в “скриньці”.

4. Кожна мала група, виходячи зі свого “ВІЛ-статусу”, викреслює чорним фломастером “цінності”, що втратили значення для людини внаслідок входження в її життя проблеми ВІЛ/СНІД.

5. Після презентації результатів роботи всі учасники знайомляться з додатками.

#### ***Питання для обговорення:***

- *Чи стосується проблема ВІЛ/СНІДу лише ВІЛ-позитивної людини?*
- *Чи втягаються в коло цих проблем люди, не інфіковані ВІЛ?*

***Презентація*** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

***Тренерський підсумок.*** Висновок, який можна зробити за результатами вправи, вказує на те, що крім ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД ця проблема безпосередньо стосується їхнього найближчого оточення (родичі, друзі, знайомі, співробітники тощо). Крім психологічного пресингу ВІЛ/СНІД обумовлює цілий комплекс проблем, зокрема, економічних та морально-етичних. Загострення епідеміологічної ситуації буде породжувати все нові й нові проблеми, що ляжуть на економіку країни непомірним тягарем та спричинять соціальні негаразди. Тому можна без перебільшення сказати, що ВІЛ/СНІД прямо або опосередковано стосується кожного.

### **Вправа “Біологія ВІЛ”**

*(прес-конференція, робота в малих групах)*

***Тренерський вступ.*** Для того, щоб подолати ворога, його необхідно знати. У цьому зв'язку відразу після відкриття вірусу, що спричиняє синдром набутого імунodefіциту, розпочалися активні наукові дослідження, спрямовані на вивчення його природи і розробку методів діагностики, профілактики і



лікування. Як наслідок - на сьогоднішній день про ВІЛ відомо значно більше, ніж про деякі інші, давно знані інфекції. Так, база даних Національної медичної бібліотеки США на початку 2000 року вміщувала інформацію про 48.703 публікацій, що стосуються ВІЛ (про вірус грипу – у два рази менше).

Завданням даної справи є ознайомлення з основними науковими досягненнями стосовно біології вірусу і розробки методів діагностики, профілактики та лікування.

**Матеріали:** інформація “Про Дубайську декларацію” (додаток 3.6.), “Як і коли це могло трапитися” (додаток 3.7), “Що відбувається при зараженні ВІЛ-інфекцією” (додаток 3.8), “Про симптоми” (додаток 3.9), “Діагностика ВІЛ-інфекції” (додаток 3.10) по одному примірнику, по декілька аркушів паперу формату А4, один лист ватману, фломастери.

**Завдання:**

1. Розділити учасників на 3 малі групи:

- група науковців і медичних працівників з 5 осіб (мікробіолог, генетик, епідеміолог, інфекціоніст, фахівець з лабораторної діагностики). Кожен представник групи отримує текст одного з додатків (! для раціонального використання часу на тренінгу представники групи отримують тексти заздалегідь, наприклад, перед перервою на каву і ознайомлюються з ними до початку справи);
- група кореспондентів 3-4 особи;
- група пересічних громадян (всі учасники тренінгу, що не увійшли в дві перші групи).

2. Представники третьої малої групи задають запитання науковцям і медичним працівникам, використовуючи їх орієнтовний перелік.

3. Представники першої групи відповідають на запитання, використовуючи тексти додатків.

4. Представники ЗМІ готують тезисне повідомлення про інформацію, отриману під час прес-конференції. Тези повідомлення записують на листі ватману.

5. Тези прес-конференції після презентації та обговорення, прикріплюють до стіни, де вони залишаються до кінця тренінгу.

**Питання для обговорення:**

- Чи пов’язані між собою ВІЛ та СНІД?
- Яка природа ВІЛ?
- Яке походження ВІЛ?
- Яким чином відбувається проникнення вірусної частинки в клітину?
- Яким чином генетичний апарат вірусу вбудовується в геном клітини людини?
- Чому важко розробити вакцину проти ВІЛ?

- Яким чином можна визначити наявність ВІЛ-інфекції?
- Що таке “діагностичне вікно”?
- На що спрямована дія препаратів, які використовуються для подовження безсимптомної стадії розвитку СНІД?
- Які симптоми вказують на можливе потрапляння ВІЛ в організм людини?
- Які перспективи лікування ВІЛ/СНІД у майбутньому?

**Презентація** результатів роботи групи кореспондентів та їх обговорення.

**Тренерський підсумок.** Орієнтовно тези прес-конференції мають бути такими:

СНІД викликає ВІЛ.

ВІЛ – це РНК-вмісний вірус, що зумовлює його генетичну мінливість.

ВІЛ, вірогідно, потрапив у людську популяцію від мавп.

Діагностика ВІЛ базується на виявленні в крові антитіл до вірусу.

Оскільки достатня для діагностики кількість антитіл утворюється лише через 2-4 тижні, то протягом цього часу діагностувати ВІЛ майже неможливо.

Існуючі методи лікування спрямовані на пригнічення певних стадій життєвого циклу вірусу.

Наявність імунітету до ВІЛ у певних видів мавп вказує на перспективність досліджень, спрямованих на винайдення вакцини проти нього.

### **Вправа “Шляхи зараження ВІЛ”**

*(групова дискусія, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Знання шляхів інфікування ВІЛ є важливою й необхідною умовою для прогнозування змісту профілактичної роботи та визначення цільових груп, на які вона повинна спрямовуватися. Неправильні уявлення про ризик інфікування та вразливі групи населення приводять до того, що значна частина населення може залишатися за межами профілактичного впливу. Так, “благополучна” молодь у віці 15-21 років, довгий час не була охоплена профілактичним впливом, оскільки не належала до вразливих груп населення. Але ж вікові психологічні особливості молоді самі по собі наражають її на небезпеку. Результат – розповсюдження серед молоді венеричних хвороб, вживання наркотичних та токсичних речовин, незапланована вагітність та її наслідки і, врешті решт, захворювання на ВІЛ/СНІД. Завдання вправи полягає в ознайомленні з різними шляхами зараження ВІЛ та визначенні вразливих груп і шляхів запобігання розповсюдженню інфекції.

**Матеріал:** інформаційні матеріали “Шляхи зараження ВІЛ” (додаток 3.11), “Ризик інфікування ВІЛ і вразливі групи”

(додаток 3.12), “XIV Міжнародна конференція по СНІДу” (додаток 3.13) по одному примірнику, по декілька аркушів паперу формату А3 на кожну малу групу, фломастери.

**Завдання:**

1. Розділити групу на три малі групи і дати кожній з них по одному додатку для ознайомлення.

2. Обговорити проблему та визначити основні шляхи розповсюдження ВІЛ-інфекції.

**Питання для обговорення:**

- Які основні джерела інфікування ВІЛ?
- Яка здатність вірусу до виживання поза організмом людини?
- Які основні шляхи зараження ВІЛ (на підставі загальносвітової статистики та статистики по Україні)?
- На що вказує збільшення відсотку людей, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, серед вперше зареєстрованих в Україні?
- Яка вірогідність побутового інфікування ВІЛ?
- Чи повинні існувати будь-які обмеження щодо перебування в колективі людини, інфікованої ВІЛ?

**Тренерський підсумок.** Таким чином, можна констатувати наступне.

Для України сьогодні основним шляхом є інфікування ВІЛ через використання нестерильних шприців при ін’єкційному введенні наркотиків. Тому особливої уваги потребує робота з відповідною вразливою групою молоді (вторинна і третинна профілактика).

Зростання відсотку інфікованих ВІЛ статевим шляхом вказує на вихід епідемії за межі маргінальної групи і збільшення вірогідності зараження для середньостатистичної людини. Тому слід значно посилити первинну профілактику серед різних верств населення і, особливо, серед підлітків шкільного віку та студентської молоді.

Інфікування ВІЛ у побуті практично неможливе, але оскільки кількість інфікованих зростає, очевидною є необхідність формування у молоді захищеної поведінки.

Неможливість інфікування у побуті вказує також на необґрунтованість упередженого ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

### **Вправа “ВІЛ та інші інфекційні хвороби”**

*(мозковий штурм, робота в групі)*

**Тренерський вступ.** Кліше “СНІД – чума ХХ століття”, що з’явилося в засобах масової інформації на початку розвитку епідемії, обумовило певний стереотип ставлення до ВІЛ-інфекції як до особливо небезпечної. Відповідно цей стереотипний погляд,

що вкоренився в суспільну свідомість, визначає прояв стигмації і дискримінації по відношенню до ВІЛ-інфікованих.

Чи дійсно можна віднести ВІЛ до категорії особливо-небезпечних інфекцій, спробуємо з'ясувати при виконанні наступної справи.

**Матеріали:** інформаційні матеріали “Актуальна епідеміологія” (додаток 3.14) для кожного учасника.

**Завдання:**

1. Дати короткі й обґрунтовані відповіді на поставлені запитання і записати їх на дошці.

2. Обговорити відповіді й вибрати ті, з якими погоджується більшість учасників.

3. Ознайомитися з інформаційними матеріалами і знову повернутися до обговорення відповідей. З'ясувати, чи змінилася думка групи.

**Питання для обговорення:**

- За якими критеріями збудника хвороби можна віднести до категорії “особливо небезпечний”?
- Які заходи зазвичай здійснюються під час епідемії особливо небезпечної інфекційної хвороби?
- Чи є потреба в здійсненні подібних заходів у зв'язку з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні?

**Тренерський підсумок.** Оскільки інфікування ВІЛ відбувається лише за умови потрапляння живого вірусу в кров людини, а також, враховуючи його нестійкість, збудник імунodefіциту людини не може бути віднесений до категорії “особливо небезпечних інфекцій”. Водночас хвороба, викликана цим вірусом (СНІД), є смертельною і на сьогоднішній день не піддається лікуванню.

**Вправа “Саманта”**

*(показ, аналіз конкретної ситуації, робота в групі)*

**Тренерський вступ.** Незважаючи на однакову точку зору лікарів, що ВІЛ-інфікована або хвора на СНІД людина безпечна для оточуючих і що ризик інфікування ВІЛ виникає лише за умови прояву “хибної” поведінки (безладне статеве життя, вживання ін'єкційних наркотиків), ВІЛ-інфіковані люди зазнають безпідставної дискримінації: їх не приймають або звільняють з роботи, не приймають дітей в дитячі садки та школи, відмежовуються від них на вулиці тощо.

Відеофрагмент, який ми зараз подивимось, це маленька історія дівчинки Саманти, що народилася ВІЛ-інфікованою, вже втратила своїх батьків і її самопочуття залежить від цілої купи ліків. Мрія цієї дівчинки – стати такою, як усі та погратися з іншими дітьми...

**Матеріали:** відеофрагмент “Саманта” (додаток 3.2 – CD).

**Тренерський підсумок.** Здатність до співчуття, рефлексія, альтруїзм – суто людські якості. Якщо формуючи своє ставлення до ВІЛ-інфікованої або хворої на СНІД людини, ми звернемося до своєї духовності, то проблема дискримінації цих людей зникне сама по собі.

ВІЛ-інфікована людина може стати джерелом інфекції, однак причиною зараження є не ця людина, а та, що наражає себе на ризик хибною поведінкою.

### **Вправа “Права і обов’язки ВІЛ-інфікованих”**

*(круглий стіл, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** У зв’язку зі складною епідемічною ситуацією щодо ВІЛ/СНІДу та невтішними прогнозами на майбутнє в Україні напрацьована достатня законодавча база, спрямована на стримування епідемії та подолання її наслідків. У той же час існує ряд питань, вирішення яких потребує зміни ставлення всього населення до проблеми і неабияких фінансових витрат.

Одним з важливих кроків є ознайомлення населення (в першу чергу молоді) з законодавчою базою, що визначає умови життєдіяльності ВІЛ-інфікованої або хворої на СНІД людини. Знання законів повинно забезпечити більш адекватне ставлення до проблеми ВІЛ/СНІДу.

**Матеріали:** інформаційні матеріали “Законодавство України про СНІД” (додаток 3.15), “Права та обов’язки ВІЛ-інфікованих” (додаток 3.16), “Стратегія діяльності Уряду України на шляху подолання ВІЛ/СНІД” (додаток 3.17) по одному примірнику, по декілька аркушів паперу формату А3 на кожен малу групу, фломастери.

#### **Завдання:**

1. Розділити учасників на три малі групи і дати їм для ознайомлення по одному з трьох інформаційних матеріалів.

2. Кожній групі необхідно підготувати коротку презентацію за отриманими матеріалами.

3. Після презентації матеріалів провести коротке обговорення з метою з’ясування причин, що стримують практичну реалізацію законодавчих механізмів, спрямованих на подолання ВІЛ/СНІДу та підтримку інфікованих вірусом імунодефіциту людей.

**Тренерський підсумок.** Основним стримуючим фактором на шляху зупинення епідемії є хибні стереотипи населення стосовно ВІЛ/СНІДу. В свою чергу, вони є результатом недостатньої поінформованості щодо цієї проблеми.

## Вправа “Роль суспільства у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні”

(ділова гра “Міжгалузеве співробітництво  
у вирішенні проблеми...” )

**Тренерський вступ.** Законодавча база України стосовно ВІЛ/СНІДу, впровадження в життя вже п’ятої Національної програми подолання епідемії, допомога значної кількості міжнародних організацій у вирішенні цієї проблеми в Україні створюють всі умови для досягнення позитивного результату. В той же час, спостерігається неухильна тенденція до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Це вказує на те, що існуюча нормативно-правова база, на жаль, є лише формальною основою для розв’язання питання, а його реальне вирішення потребує активізації діяльності різних державних і недержавних організацій для забезпечення дійсно життєздатних і ефективних механізмів запобігання розповсюдженню ВІЛ та подолання наслідків епідемії. Спробуємо з’ясувати, що необхідно зробити в певних галузях для ефективного впровадження в життя “Національної програми за безпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки”.

**Матеріали:** конверт із зображенням представників різних професій (додаток 1.5), інформаційні матеріали “Міжгалузеве співробітництво у боротьбі зі СНІДом” (додаток 3.18), листи ватману, фломастери.

### **Завдання:**

1. У верхній частині листа кольором своєї малої групи зазначити всі дії, які, на вашу думку, повинні виконувати представники “вашої” професії для того, щоб вирішити проблему подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

2. У нижній частині листа зазначити дії, які, на ваш погляд, повинні виконувати представники “інших” чотирьох професій з цією ж метою. Завдання кожної професії записуються відповідним кольором, про що необхідно домовитись.

3. Після презентації і обговорення записати остаточний варіант дій, необхідних для виконання представниками “вашої” професії і прикріпити лист на дошку, де він залишається до кінця тренінгу.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

### **Питання для обговорення:**

- Наскільки легко вам було прийняти рішення за представників інших професій?
- Які труднощі спіткали вас при цьому?
- Чи допомогла вам ця вправа під новим кутом зору побачити діяльність, задачі і труднощі інших фахівців у питаннях, пов’язаних з проблемою подолання епідемії ВІЛ/СНІД?

- Як ви вважаєте, кому із фахівців найбільш складно здійснювати профілактичну роботу? Обґрунтуйте свою відповідь.
- Чи згодні “представники професій” з тими рекомендаціями, які запропоновані їм іншими “фахівцями”? Обґрунтуйте свою відповідь.

**Тренерський підсумок.** Успіх у вирішенні проблеми ВІЛ/СНІДу в Україні залежить від ефективності співробітництва законодавчої та виконавчої влади, представників системи охорони здоров'я, освітян, працівників споживчого ринку, представників засобів масової інформації тощо. Підтвердженням доцільності такого підходу є впровадження спільного проекту Міністерства освіти і науки України та Представництва Європейської комісії в Україні “Вдосконалення багатогалузевих підходів до профілактики ВІЛ/СНІД серед молоді України”.

### Вправа “Презентація “Люди і ВІЛ”

(лекція)

**Матеріали:** кожний учасник отримує друкований текст презентації (додаток 3.19). Для проведення презентації тренер може використати електронні матеріали (електронний додаток “Презентація ВІЛ”), кодоскоп із плівками, екран (комп'ютер з програмою Power Point та мультимедійний проектор).

#### **Питання для обговорення:**

- Який шлях подолання епідемії ВІЛ/СНІДу найефективніший?

**Тренерський підсумок.** Поширення ВІЛ-інфекції може призвести до найбільш катастрофічної епідемії в історії людства, що вже загрожує його сталому розвитку. Ситуація в різних країнах свідчить про зниження у зв'язку з цим середньої тривалості життя, збільшення попиту на медичні послуги, загострення проблем бідності та соціальної нерівності, поширення сирітства, а витрати на боротьбу зі СНІДом та подолання його негативних наслідків постійно зростають.

З метою запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, в першу чергу, необхідно активізувати інформаційно-просвітницьку роботу, особливо серед молоді у віці 15-24 роки, використовуючи нові підходи та технології навчання і виховання.

### Вправа “Наркотики і ВІЛ”

(показ, аналіз конкретної ситуації, робота в малих групах)

**Тренерський вступ.** Парентеральний шлях зараження ВІЛ реалізується в широкому масштабі споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН), які вводять наркотичні препарати внутрішньовенно та внутрішньом'язово. Ця категорія наркозалежних використовує один шприц, а часто й одну голку, не лише в своїй

компанії, але й “позичає” у сторонніх. Якщо в першому випадку вони знають одне одного, то в другому – численні користувачі інструменту їм невідомі. Беручи до уваги те, що при важких формах залежності введення наркотиків здійснюється кожні 5-6 годин, легко уявити, якому ризику інфікування ВІЛ підлягає така людина. Оскільки в Україні наркозалежні складають основну частину ВІЛ-інфікованих, є необхідність розглянути особливості проведення профілактичної роботи з цією вразливою категорією.

**Матеріали:** відеофрагмент “Наркотики і ВІЛ” (додаток 3.3 – CD), інформаційні матеріали “Замісна терапія для наркозалежних” (додаток 3.20), “Стратегії профілактики наркоманії в США” (додаток 3.21).

**Завдання:**

1. Розділити учасників на три малі групи і запропонувати їм проаналізувати матеріал:

- перша група аналізує відеофрагмент;
- друга – додаток 3.20;
- третя – додаток 3.21.

2. Презентувати результати роботи в малих групах і обговорити їх.

**Питання для обговорення:**

- *На що, в першу чергу, повинна спрямовуватись робота з попередження розповсюдження ВІЛ серед споживачів наркотичних речовин?*
- *Чи можна забезпечити захист від інфікування ВІЛ незалежно від лікування наркозалежності?*

**Тренерський підсумок.** Основна робота з наркозалежними повинна спрямовуватись на попередження їхнього переходу до вживання ін’єкційних наркотиків.

Ефективна профілактична робота з попередження ВІЛ-інфікування серед споживачів ін’єкційних наркотиків повинна включати: навчання і надання інформації, надання медичної допомоги, забезпечення безкоштовними одноразовими шприцами, впровадження замісної терапії.

**Вправа “Профілактична робота по запобіганню поширення ВІЛ-інфекції серед молоді”**

*(круглий стіл, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Методологічною основою мотивації дітей та молоді до здорового способу життя повинна стати гуманістична модель освіти, сутність якої полягає у створенні сприятливої соціокультурної ситуації в навчальному закладі та готовності до формування суспільно значущих ціннісних орієнтирів і позитивної життєвої стратегії.

Добре організована профілактична робота спрямована не на корекцію “хибної” поведінки, а на формування правильної її стратегії через засвоєння позитивних життєвих навичок і



формування захищеної поведінки. Людина, яка має необхідний рівень знань, умінь та навичок, спрямованих на формування, зміцнення і збереження здоров'я, зможе уникнути ситуацій, що шкодять її здоров'ю і, зокрема, ризикованих ситуацій, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ.

**Матеріали:** інформаційні матеріали “Ефективні профілактичні програми” (додаток 3.22), “Зміна ризикованої поведінки” (додаток 3.23), “ВІЛ за шкільною партою” (додаток 3.24), “Роль родини у профілактиці ВІЛ” (додаток 3.25), “Профілактика ВІЛ серед студентів” (додаток 3.26.) по одному примірнику на кожну малу групу, по 1 листу ватману на малу групу, фломастери.

**Завдання:**

1. Розділити учасників на п'ять груп і надати їм для ознайомлення інформаційні матеріали:

- перша група (керівники в системі освіти) працюють з додатком 3.22;
- друга група (психологи) – з додатком 3.23;
- третя група (батьки) – з додатком 3.24;
- четверта група (вчителі) – з додатком 3.25;
- п'ята група (викладачі ВНЗ) – з додатком 3.26.

2. Спираючись на власний досвід та отримані інформаційні матеріали, відпрацювати позицію малої групи щодо підходів до організації навчання з попередження розповсюдження ВІЛ в системі освітніх закладів. Занотувати пропозиції групи на листі ватману кольором групи.

3. Під час проведення круглого столу презентувати точку зору малої групи.

4. Записати на дошці основні принципи, які з точки зору більшості малої групи, повинні бути покладені в основу організації роботи з профілактики інфікування ВІЛ на різних етапах навчання та виховання.

**Питання для обговорення:**

- Яку за змістом інформацію щодо проблеми ВІЛ/СНІДу повинні отримати діти та молодь різних вікових груп?
- Чи є необхідність багаторазового ознайомлення дітей та молоді з проблемою ВІЛ/СНІДу?
- Чи повинен існувати самостійний навчальний курс з проблеми ВІЛ/СНІДу, чи він має бути складовою загального навчального курсу з формування життєвих навичок та мотивації до здорового способу життя?
- Яка кількість годин повинна виділятися в навчальних планах школи і ВНЗ на вивчення предметів (дисциплін) оздоровчої проблематики?

- Які форми і методи навчання необхідно використовувати при викладанні курсів оздоровчої проблематики?
- Яку фахову підготовку слід мати вчителю (викладачу) для забезпечення належного рівня викладання відповідних курсів?

**Тренерський підсумок.** Узагальнюючи результати обговорення, необхідно підкреслити, що профілактична робота з проблематики ВІЛ/СНІДу в школі та вищих навчальних закладах має здійснюватися в нерозривному зв'язку з формуванням мотивації до здорового способу життя. Ця робота повинна базуватися на науковій інформації, проводитися фахівцями з відповідною освітою, враховувати психологічні особливості молоді різних вікових груп і зону їх найближчого розвитку та бути системною і достатньою за обсягом.

## **ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА**

**Загальний підсумок тренера.** Таким чином, на тренінгу нам вдалося встановити наступне:

1. Проблема подолання епідемії ВІЛ/СНІДу є вкрай актуальною для України.

2. Досягнення позитивних результатів можливе лише за умови інтеграції зусиль фахівців різних галузей та державного і недержавного секторів економіки.

3. Ця діяльність охоплює такі аспекти:

- здійснення профілактичної роботи серед молоді віком 15-24 років через систему освітніх закладів;
- проведення вторинної і третинної профілактики серед уразливих груп населення;
- роз'яснювальну та інформаційну роботу серед різних верств населення, спрямовану на хибні стереотипи щодо проблеми ВІЛ/СНІДу та формування толерантного ставлення до людей, інфікованих ВІЛ;
- впровадження ефективних методів лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- вдосконалення законодавчої та нормативної бази для забезпечення ефективних механізмів впровадження програм на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

4. Пріоритетним напрямом діяльності, спрямованої на подолання епідемії, є первинна профілактика ВІЛ/СНІДу в контексті формування мотивації до здорового способу життя.

## ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Додаток 3.1

### **Витяг із Меморандуму про взаєморозуміння та співпрацю між Міністерством освіти і науки України та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД (Великобританія)**

Цей Меморандум про взаєморозуміння та співпрацю, надалі за текстом – Меморандум, укладено в місті Києві 21 червня 2004 року.

**Міністерство освіти і науки України**, надалі Міністерство, в особі Міністра Кременя Василя Григоровича, який діє на підставі Указу Президента України від 07.07.2000 № 773/2000 про Положення про Міністерство освіти і науки, Указу Президента України № 1082/22 від 30.11.2002 р., з одного боку, та **Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДу**, надалі за текстом – Альянс, в особі уповноваженого представника Клепікова Андрія Олександровича, який діє на підставі доручення та угоди між Альянсом та Глобальним Фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією від 15.03.2004 р., з іншого боку, при цьому надалі Міністерство та Альянс кожен окремо іменуються як Сторона, а разом як Сторони.

#### **I. Преамбула**

Усвідомлюючи небезпеку ситуації, що склалась у світі і, зокрема, в Україні з епідемією ВІЛ/СНІДу, а також необхідність протидії поширенню ВІЛ-інфекції шляхом формування у молодого покоління через зміст освіти свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, що є одним з пріоритетів освіти,

Розуміючи, що взяття під контроль та обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні можливе лише як результат спільних дій, спрямованих зокрема на ефективне використання державою потенціалу міжнародних донорських, громадських та благодійних організацій, розвиток партнерства у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом,

Беручи до уваги десятирічний досвід та участь Альянсу у підтримці спільнот та дій спільнот, що мають відіграти повноцінну та ефективну роль у всьвітній відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, в тому числі трирічну діяльність Альянсу в Україні, а також те, що 15 березня 2004 року Альянсом та Глобальним Фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією було укладено угоду, надалі – **Угода**, про виконання Альянсом програми “**Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні**”, надалі за текстом – Програма,

Зважаючи, що МБФ “Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІДу в Україні” є виконавцем Програми на території України та має всі повноваження і в термінах Програми є імплементаційним підрозділом Альянсу в Україні та надалі в цілях цього Меморандуму включатиметься в поняття “Альянс” там, де це доречно, із залученням партнерів та субреципієнтів протягом березня 2004 року – березня 2005 року,

Керуючись положеннями Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264,

Поважаючи та беручи до уваги партнерські відносини Міністерства з Дитячим Фондом Об'єднаних Націй, Програмою Розвитку ООН, Агентством США з міжнародного розвитку, Європейською Комісією, Міністерством Великобританії у справах міжнародного розвитку, співпраця з якими є важливою для ефективної діяльності у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні,

### **Сторони погодились про наступне.**

#### **II. Загальні положення**

1. Метою цього Меморандуму є погодження Сторонами основних принципів та механізмів їхнього співробітництва в рамках виконання Альянсом програми.

2. Сторони погодились, що Альянс своїми діями в рамках Програми докладе всіх зусиль для сприяння виконанню Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, а Міністерство, в свою чергу, підтримає діяльність за Програмою та сприятиме її реалізації.

3. Сторони співпрацюватимуть по всіх напрямках діяльності, визначених Програмою, та докладуть усіх зусиль до виконання нижченаведених положень.

4. Міністерство підтримуватиме та сприятиме діяльності в рамках Програми партнерів та субреципієнтів Альянсу.

5. Альянс також регулярно інформуватиме Міністерство про свою діяльність за Програмою, в тому числі шляхом надання, по можливості, Міністерству копій звітів про програмну діяльність.

**III. Співробітництво в галузі** впровадження у навчальних закладах інформаційно-просвітницьких програм, інтерактивних форм навчання для здобуття знань і формування життєвих навичок щодо зменшення уразливості до інфікування ВІЛ,

1. Сторони погодились, що в рамках Програми Альянс має намір сприяти забезпеченню належного рівня знань педагогічних працівників, учнів загальноосвітніх навчальних закладів та студентів педагогічних вузів з питань попередження поширення ВІЛ шляхом оголошення конкурсу для визначення субреципієнтів з метою:

- Забезпечення розроблення та видання навчально-методичних посібників із профілактики ВІЛ-інфекції для викладання предмета “Основи здоров'я” в інваріантній частині для 1-9 класів та спецкурсів для 5-11 (12) класів загальноосвітніх шкіл.

- Всі матеріали мають бути спрямовані на інтерактивну форму навчання, сприяти набуттю учнями навичок здорового способу життя та впорядковані з урахуванням висвітлення теми гендерної рівності та толерантності до людей, які живуть із ВІЛ.

- Забезпечення підготовки та перепідготовки педагогічних працівників з питань пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції серед шкільної та студентської молоді шляхом створення відповідних програм для інститутів післядипломної освіти, розробки навчально-методичних матеріалів та проведення тренінгів для тренерів – педагогічних працівників.

- До складу конкурсної комісії обов'язково входять працівники Міністерства. Міністерство як установа не братиме участі у конкурсі за Програмою у якості субреципієнта.

2. Міністерство сприятиме Альянсу в проведенні належного моніторингу та оцінки та збору інформації з індикаторів досягнень цілей і завдань Програми.

3. Сторони погодилися координувати процес підготовки педагогічних працівників з питань пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції серед шкільної та студентської молоді.

4. Сторони погодилися, що компоненти Програми, спрямовані на впровадження інформаційно-просвітницьких програм, інтерактивних форм роботи у навчальних закладах для здобуття знань і формування життєвих навичок щодо зменшення уразливості до інфікування ВІЛ, будуть реалізуватися Альянсом та його субреципіентами в тісному партнерстві з Міністерством.

5. Будь-які методичні рекомендації, які стосуються галузі освіти, програми навчання тощо, які будуть розроблятися в рамках Програми, будуть передаватися на погодження Міністерству. Після розгляду вказаних матеріалів Міністерство рекомендуватиме впровадження та використання у навчальних закладах шляхом видання відповідних нормативних документів.

6. Альянс забезпечуватиме технічну підтримку зазначених вище розробок, зокрема шляхом залучення відповідних спеціалістів, організації творення необхідних баз даних, програм упровадження та моніторингу тощо.

*Додаток 3.2.*

### **ВІЛ/СНІД: ІЗ РОКУ В РІК**

**1978 р.** – у хворих чоловіків-гомосексуалістів у США, Швеції та на Гаїті було зареєстровано подібні захворювання, які в подальшому назвуть СНІД.

**1981 р.** – у США виявлено велику кількість випадків саркоми Капоші (рідкісний вид раку шкіри) у молодих чоловіків-геїв, які були названі “імунодефіцитом гомосексуалістів”. Того року від цього захворювання померло 128 молодих людей у США. Американським лікарем Майклом Готтлібом уведено термін *СНІД - синдром набутого імунодефіциту*.

**1982 р.** – уперше простежено зв'язок СНІДу з переливанням крові, використано таку назву захворювання, як СНІД.

**1983 р.** – Люк Монтаньє з інституту Пастера у Франції відкрив та ідентифікував вірус імунодефіциту людини, як вірус, що призводить до СНІДу. У США за цей рік померло від СНІДу півтори тисячі людей. Уперше у США в Сан-Франциско відзначався День пам'яті померлих від СНІДу (третя неділя травня).

**1984 р.** – Роберт Галло (США) незалежно від Люка Монтаньє ідентифікував вірус імунодефіциту людини.

**1985 р.** – До 1985 року у всіх регіонах світу відзначено, принаймні, по одному випадку ВІЛ/СНІДу. У США дано дозвіл на проведення першого тестування на антитіла до ВІЛ, починають проводити дослідження донорської крові на ВІЛ. Саме там розроблено перший тест на наявність антитіл до ВІЛ, що дало змогу перевіряти донорську кров.

Також були встановлені шляхи інфікування вірусом ВІЛ: кров, статевий шлях та від матері до дитини. У США зареєстровано 6972 випадки смерті від СНІДу

**1986 р.** – у світі вперше велику увагу приділено просвітницькій діяльності з метою профілактики ВІЛ/СНІДу, уперше створено в Америці недержавну організацію АСТ UP, яка займалася такою діяльністю. Вперше збудник СНІДу названо ВІЛ (HIV) – *вірус імунодефіциту людини*.

**1987 р.** – на сесії Генеральної Асамблеї ООН Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) прийнято глобальну стратегію боротьби зі СНІДом.

Офіційно зареєстрований перший препарат проти ВІЛ-інфекції – азидотимидин АЗТ. В Україні зареєстровані перші шість випадків ВІЛ-інфікування серед громадян країни та 75 випадків серед іноземців. В Україні створено мережу кабінетів довіри з обстеження і консультування на ВІЛ/СНІД.

**1988 р.** – 1 грудня оголошено Всесвітнім днем боротьби зі СНІДом. Зареєстровано першу смерть від СНІДу в Україні.

**1989 р.** – зареєстрована перша дитина, що отримала інфекцію від ВІЛ-інфікованої матері. У Росії ВІЛ-інфіковано 270 дітей унаслідок непрофесійних дій медперсоналу.

**1990 р.** – в Україні створено мережу СНІД-центрів.

**1991 р.** – в Україні прийнято перший Закон “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”. Цього року Франком Муром створено символ всесвітнього антиснідівського руху у вигляді червоної стрічки.

**1992р.** – в Україні прийнято першу програму профілактики ВІЛ-інфекції.

**1993 р.** – кілька керівників Центру Крові у Франції посаджені за ґрати через потрапляння у Центр ВІЛ-інфікованих препаратів крові. В Україні вперше впроваджено до- і післятестове консультування як обов'язкове при обстеженні на ВІЛ/СНІД.

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

**1995 р.** – в Україні поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу набуло епідемічного масштабу, зареєстровано 1490 випадків інфікування за рік; прийнята друга програма із профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**1996 р.** – створено Об'єднану програму Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS). Уперше представлені дані, що підтверджують ефективність антиретровірусної терапії. Засновано першу в Україні програму зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків і працівників секс-бізнесу в Одесі.

**1998 р.** – прийнято Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”.

**1999 р.** – в Україні прийнято третю програму з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**2000 р.** – в Україні вийшов Указ Президента України “Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу”.

**2001 р.** – в Україні прийнято четверту програму з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Україна ініціює Спеціальну сесію Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу, на якій була прийнята Декларація про сприяння справі боротьби з ВІЛ/СНІДу.

**2002 р.** – Президент України проголосив Рік боротьби зі СНІДом. Створено Глобальний фонд з боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією. Останній схвалив на певних умовах грант у розмірі \$92 млн, спрямований на профілактику, догляд і лікування ВІЛ-інфікованих в Україні. Уряд України укладає угоди з фармацевтичними компаніями про зниження цін на ліки для інфікованих ВІЛ на 80%. Низка препаратів-генериків були подані на реєстрацію в Україні.

**2003 р.** – Україна отримала грант Глобального фонду на реалізацію програми з подолання епідемії та її наслідків у розмірі \$92 млн. (на період 2003—2007 роки). 20-й раз проведено Міжнародний Меморіал “Свічка пам'яті жертвам СНІДу”. Уперше меморіал було проведено 1983 року в Сан-Фран-

циско. Відтоді він проводиться щорічно у третю неділю травня. Цього року він проводився у 1500 населених пунктах 85 країн.

**2004 р.** – 03.02.04 року Верховною Радою України було прийнято Постанову №1426-14 “Про рекомендації парламентських слухань на тему “Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх вирішення”. Верховна Рада України 4 лютого 2004 року ратифікувала Угоду між Кабінетом Міністрів України та урядом Російської Федерації про співпрацю у сфері запобігання поширення захворювання, причиною якого став вірус імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекція).

**2004 р.** – Кабінет Міністрів України прийняв Постанову “Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року” та “Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки”.

*Додаток 3.3*

### **ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРОБЛЕМ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ**

Станом на 1 березня 2005 року в Україні офіційно зареєстровано 76875 ВІЛ-інфікованих громадян України і 314 іноземців. Серед ВІЛ-інфікованих громадян України 8894 дітей, серед яких 8740 – народжені ВІЛ-інфікованими матерями. У 2839 дітей діагноз “ВІЛ-інфекція” знятий. Інші знаходяться під наглядом лікаря, у частини з них діагноз підтверджений. 9065 дорослих та 329 дітей захворіли на СНІД, 5504 дорослих та 156 дітей померли від СНІДу. Якщо у 2003 році було зареєстровано 10009 випадків ВІЛ-інфекції, то у 2004 році на 2 тисячі більше – 12491. Має значення те, що кількість наркоманів, серед тих, у кого зареєстровано ВІЛ, поступово зменшується. Наприклад, як що у 2002 році вони становили 62,18%, то у 2004 – 56,66%. За такої ситуації актуальними залишаються питання профілактично-просвітницьких заходів та лікування хворих на СНІД.

Не меншої уваги потребує й реалізація прав людей, що живуть з ВІЛ. Згідно з дослідженням “Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні”, що було реалізовано всеукраїнською мережею ЛЖВ та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, опитані мало ознайомлені зі змістом Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту та соціальний захист населення”, наприклад лише 7,3% з 686 опитаних заявили, що вони добре знають всі або майже всі положення цього Закону. В свою чергу, пільгами користується незначна частина респондентів. За даними дослідження, найбільше користуються пільгою щодо права безкоштовного отримання ліків – 22,3%, користувалися в минулому – 11%. В той же час, не знають про відповідні безкоштовні пільги більше третини респондентів – 36,6%, недоступна ця пільга – для 23,4% від загальної кількості респондентів.

Не менш складною проблемою є й ставлення суспільства до людей, що живуть з ВІЛ. За даними вищезгаданого дослідження ВІЛ-позитивні не схильні повідомляти про свій статус, при цьому ставлення українського суспільства більшість опитаних (майже 60%) оцінюють як негативне. За отриманими даними, жодне з кіл оточення ВІЛ-позитивної людини незалежно від близькості зв'язків, не є абсолютно толерантним. Відповідну ситуацію мають вирішити довгострокові інформаційно-просвітницькі програми з різними категоріями українських громадян. Адже з часом, подібна проблема, як демонструє статистика та дані досліджень, буде актуалізуватися. Також на неабияку увагу сьо-

гідні заслуговує не лише профілактика та лікування, але й питання, пов'язані з економічними загрозами, які може зумовити збільшення кількості хворих та інфікованих. Відповідні питання обговорюються і вирішуються в усьому світі і, зокрема, для деяких африканських країн вони вже стали серйозною проблемою, що оцінюється як економічний ризик для потенційних інвесторів.

За даними дослідження "Соціально-економічний прогноз наслідків епідемії ВІЛ/СНІД в Україні", яке було презентовано 29 квітня 2005 року і здійснено за участі членів Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, Міністерства охорони здоров'я України, Світового банку, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД, було розглянуто два сценарії розвитку епідемії - оптимістичний і песимістичний. Відповідні сценарії відрізняє: динаміка поширення ВІЛ, профілактика передачі від матері до дитини тощо, швидкість переходу до СНІДу з моменту інфікування ВІЛ, а також рівень доступності антитретровірусної терапії для тих, хто її потребуватиме.

Отже, за матеріалами дослідження, яке базується на офіційних даних, епідемія продовжується з тенденцією до подальшого зростання в усіх регіонах України, але ВІЛ-інфекція розповсюджена по країні нерівномірно. За сумною офіційною статистикою найураженішими є економічно розвинені промислові області: Дніпропетровська (захворюваність у 2004 році на 100 тис. населення – 59,8), Одеська (58,9), Миколаївська (57,5) і Донецька (52,9). Відповідно до песимістичного сценарію, загальні щорічні витрати на лікування СНІДу можуть досягти у 2014 році 630 млн. грн. За цим же сценарієм "ВІЛ/СНІД справлятиме відчутний негативний вплив і на баланс державного бюджету: зменшаться податкові надходження і зростатимуть соціальні видатки". Щоб запобігти реалізації зазначених сценаріїв, констатується у дослідженні, потрібно реалізовувати консолідовані кроки на "засадах міжсекторального підходу, спільними зусиллями держави, громадськості та приватного сектора. Часу обмаль, діяти слід негайно".

*Додаток 3.4*

### **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВІЛ-ПОЗИТИВНОЇ ЛЮДИНИ**

Дізнавшись про свою ВІЛ-позитивність, деякі люди реагують неприйняттю цієї реальності. Дехто, особливо за умов хорошого самопочуття, відмовляється погодитись із фактом зараження і тим, що є загроза завдати шкоди собі та іншим. Але "...погляд на якийсь предмет не створює ще самого цього предмету, так само, як і погляд у протилежний бік не призводить до його зникнення. Аналогічно цьому витіснення скорботи не позбавляє ВІЛ того, що змусило нас так тужити" (В. Франкл).

**Психогенні реакції.** Основні психогенні реакції, які спостерігаються у період після повідомлення про діагноз, це:

- *страх* (страх смерті взагалі, страх смерті в муках на самоті, страх заразити близьких);
- *тривога* (щодо прогнозу захворювання, вірогідності розголошення діагнозу, можливого відторгнення з боку оточуючих, неспроможності змінити обставини та наслідки ВІЛ-інфекції, наявності та доступності належного лікування, необхідності давати звіт про своє інтимне життя та обмежень у ньому, вірогідної руйнації наявної сім'ї та неможливості створення нової, можливості народження хворих дітей);



- *відчуття втрати* (надій та планів на майбутнє, положення в суспільстві, фінансової стабільності та незалежності, фізичної привабливості);
- *журба* від тих утрат, які вже були, і тих, які очікуються;
- *почуття провини* перед людьми, які могли бути ним (нею) заражені. "Неможливо зовсім знищити почуття провини, та й не слід цього робити. Часто це почуття є зворотним боком духовної основи людини і як таке, може бути здоровим і конструктивним." (*Роля Мей*)
- *докори сумління* — щодо поведінки, яка призвела до зараження ВІЛ: "...сенса, який мають для людини такі переживання, як туга та каяття, ... із суто практичного погляду виглядають настільки безглуздими, що не мають сенсу. З погляду здорового глузду тужити про щось невідворотно втрачене, безглуздо, те ж саме стосується і вчинку, якого не можна виправити. Але для внутрішнього життя людини і скорбота, і каяття — сповнені глибокого сенсу." (*В. Франкл*);
- *роздратованість* — формується комплекс "скривдженого невдахи", до якого всі погано або неуважно ставляться;
- *агресивність* – спрямована на вірогідне "джерело зараження", неінфікованих людей, лікаря;
- *думки про самогубство*, які розцінюються як спосіб уникнути болю, численних проблем та ганьби.

О. Пурік

### Додаток 3.5

#### СНІДофобія

СНІДофобія – це лише одна з багатьох форм прояву психічного розладу, який зветься іпохондрією. Людей, що страждають іпохондрією, не занадто поважають. Друзям і близьким уже набридло слухати нескінченні розповіді про тяжку хворобу, на їхню думку, людина просто себе "накручує". Лікар важко зітхає, знову бачачи докучливого пацієнта у своєму кабінеті, і всім така поведінка здається смішною і абсурдною.

Іпохондрія дійсно може бути нудною, докучливою і абсурдною. Але у багатьох людей вона перетворюється на нав'язливу поведінку, що не дає людині вести звичний спосіб життя, позбавляє її здатності працювати і може реально зашкодити її здоров'ю. Хоча люди з іпохондрією бояться хвороби, якої у них немає, їхній страх і тривожність більш ніж реальні, і вони можуть стати всепоглинаючими. Через це порушуються відносини з оточенням. Працювати нормально, панікуючи і мацаючи лімфовузли через кожні десять хвилин, також задача не з легких.

Люди з іпохондрією – це не "божевільні". Вони не страждають від маревних ідей або галюцинацій, вони можуть тверезо мислити й оцінювати ситуацію. Зазвичай їм самим здається, що їхні переживання "ненормальні", і в більшості випадків, людина готова визнати, що вона дійсно "СНІДофоб". Проблема в тому, що визнають вони це чи ні, ситуація залишається незмінною. І навіть якщо увесь світ почне запевняти, що в людини немає ніякої ВІЛ-інфекції, паніка і страх можуть залишитися і ця людина нічого не зможе з ними зробити.

За словами Брайана Фаллона, професора психіатрії з США і співавтора книги "Примара хвороби: визначення, розуміння і подолання іпохондрії": "Іпохондрики схильні зациклюватись на захворюваннях, симптоми яких розмиті або дуже поширені. Найчастіше це рак, пухлини мозку і ВІЛ".

Зв'язок між ВІЛ-інфекцією та іпохондрією унікальний. Не буде перебільшенням сказати, що іпохондрія по відношенню до ВІЛ (СНІДофобія), стала справжнім закляттям, яке супроводжує епідемію СНІДу з самого її початку. Для розвитку іпохондрії ВІЛ – ідеальний фактор з усіх боків.

По-перше, ВІЛ-інфекція належить до так званих стигматизованих захворювань, тобто по відношенню до ВІЛ існує безліч ірраціональних страхів і абсурдних забобонів. Зокрема, в суспільстві сформувалось уявлення про ВІЛ-інфекцію як про "страшну хворобу". Крім того, ймовірність передачі ВІЛ часто сильно перебільшується.

"Симптоми ВІЛ" знайти в себе надто просто. У будь-якої людини можуть бути симптоми застуди, хронічна втома, збільшення лімфовузлів, або яке-небудь висипання. У той час як онкологічне захворювання розвивається саме по собі, "підхопити" ВІЛ можна в будь-який момент, досить лише одного незахищеного контакту.

Додайте до цього жаль і каяття у своїх вчинках. Мова може йти про зраду, секс за гроші, перший гомосексуальний досвід, вживання наркотику, будь-яку поведінку через яку людина може відчути провину, і яка пов'язується з імовірністю передачі ВІЛ. Б. Фаллон пише про те, що багато хто з його пацієнтів з іпохондрією – одружені чоловіки, які мали випадковий сексуальний контакт. Як наслідок, у них розвивається нав'язливий страх того, що в них є ВІЛ, і вони можуть передати його своїй дружині, навіть якщо результати тестування на ВІЛ вже кілька разів були негативними. "Каяття, депресія й іпохондрія – ця трійця часто знаходиться разом", – пише Б.Фаллон.

Іпохондрія часто розвивається у тих, хто недавно пережив смерть або хворобу близької людини. Наприклад, якщо кохана і дорога людина вмерла від СНІДу, навряд чи дивно, якщо в того, хто сумує почалася іпохондрія в зв'язку з ВІЛ. В інших випадках причина іпохондрії не настільки очевидна, але може мати глибокі психологічні корені. Наприклад, якщо чоловік не приймає своєї гомосексуальності, він може відчувати серйозну СНІДофобію після будь-якого сексуального контакту з іншим чоловіком. Якщо чоловік почуває себе винним перед дружиною, але все одно користується послугами секс-бізнесу, він може легко стати СНІДофобом, навіть якщо займався сексом із презервативом.

*Додаток 3.6*

### **СНІД і ВІЛ**

*(про Дубайську Декларацію)*

Понад 5000 вчених усього світу підписали Дубайську Декларацію, в якій у черговий раз підтверджується, що ВІЛ є причиною СНІДу. Серед тих, хто її підписав – 11 нобелівських лауреатів, директори провідних науково-дослідних інститутів, президенти академій наук і медичних спілок, включаючи Національну академію наук США, Лондонське королівське товариство, Академію медичних наук Великобританії, Інститут Пастера у Франції, Інститут Макса Планка, Американський інститут медицини, Європейську організацію молекулярних біологів, Індійське товариство по СНІДу, Національний інститут вірусології Південної Африки, Південноафриканське товариство ВІЛ-клініцистів та інші. Для забезпечення повної об'єктивності і матеріальної незацікавленості вчених і лікарів, що працюють на фармацевтичні компанії, попросили не підписувати Декларацію.

Зокрема, у Дубайській Декларації говориться:

Про те, що СНІД зумовлюють віруси ВІЛ-1 і ВІЛ-2, свідчать чіткі, і одно-значні наукові факти. Ці факти відповідають тим же критеріям, що і при інших вірусних захворюваннях, таких, як поліомієліт, кір і вітрянка:

– Пацієнти із синдромом набутого імунodefіциту, незалежно від місця свого проживання, інфіковані ВІЛ.

– Під час відсутності лікування в більшості людей з ВІЛ-інфекцією через 5-10 років з'являються ознаки СНІДу. ВІЛ-інфекцію виявляють у крові шляхом виявлення антитіл, генних ланцюжків, або за допомогою ізоляції самого вірусу. Ці тести настільки ж надійні, наскільки надійні будь-які тести, призначені для виявлення інших вірусних інфекцій.

– У людей, яким перелили ВІЛ-інфіковану кров або продукти крові, розвивається СНІД, у той час як у людей, котрим перелили незаражену або перевірену кров, СНІД не розвивається.

– Більшість дітей, у яких розвивається СНІД, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів. Чим вище вірусне навантаження в матері, тим вище ризик того, що дитина буде інфікованою.

– У лабораторних умовах ВІЛ заражає ті ж самі білі клітини крові (лімфоцити CD4), кількість яких знижується у людей, хворих на СНІД.

– Лікарські препарати, що блокують реплікацію (розмноження) ВІЛ у пробірці, також знижують вірусне навантаження в пацієнтів і сповільнюють перехід захворювання в стадію СНІДу. Там, де лікування доступне, завдяки йому знизилася смертність від СНІДу більше, ніж на 80%.

Незважаючи на переконливі докази, є люди, у тому числі деякі вчені, які заперечують вірусну природу СНІДу. Їх називають "СНІД-дисидентами".

*Додаток 3.7*

### **ЯК І КОЛИ ЦЕ МОГЛО ТРАПИТИСЯ**

*(походження й еволюція ВІЛ)*

*Перші публікації про збудника нового захворювання, пов'язаного з важким розладом імунної системи людини, з'явилися у травні 1983 року. Фахівці лабораторій Люка Монтаньє з Інституту Пастера в Парижі і Роберта Галло з Національного інституту раку в Бетесде (США) під двома різними назвами описали вірус, що викликає СНІД. Протягом наступних двох років у США, Великобританії, Японії виділили ще кілька вірусів СНІДу, а в 1986 році було вирішено використовувати для їхнього позначення абревіатуру "ВІЛ". У 1985 році на території Західної Африки вдалося виділити інший тип вірусу – ВІЛ-2, який виявився менш патогенним. Він не одержав настільки широкого поширення у світі. Пандемія ВІЛ пов'язана, насамперед, з вірусом першого типу.*

Різні види набутих, тобто не пов'язаних зі спадковістю, імунodefіцитів, що розвиваються, зокрема, у результаті несприятливих впливів навколишнього середовища або після перенесених захворювань (у деяких випадках – інфікованих), були добре відомі ще до відкриття ВІЛ, однак не призводили з такою невідворотністю до летального результату.

Ніколи відкриття вірусу (ні до, ні після виявлення ВІЛ) не викликало настільки великого суспільного резонансу. Прямим наслідком стало небувало високе фінансування розробок, профілактики, лікування людей з ВІЛ, а також фундаментальних досліджень. У середині 80-х років до них підключились і видатні вчені зі світовим ім'ям, і молоді фахівці багатьох країн. Дуже скоро про ВІЛ ста-

ло відомо значно більше, ніж про деякі інші, давно описані інфекції. Наприклад, база даних Національної медичної бібліотеки США на початку 2000 року вміщувала інформацію про 48703 публікації, що стосуються ВІЛ (про вірус грипу – у два рази менше).

Вивчення ВІЛ дозволило зробити безліч відкриттів, причому не тільки у вірусології, але й у суміжних науках – в імунології, епідеміології, молекулярній біології. Проте дотепер немає препаратів, здатних цілком вилікувати ВІЛ-позитивних, а можливості вакцинопрофілактики як і раніше залишаються предметом жарких дебатів.

Існують також і інші "відкриті" питання. Одне з них – коли і як з'явився вірус імунодефіциту людини. Не маючи достовірних даних про появу і шляхи еволюції ВІЛ, важко розраховувати на створення ефективних заходів захисту. Крім того, існує великий ризик заповнення "білих плям" недостовірними фактами. Саме недоліком знань можна пояснити появу публікацій, начебто ВІЛ – нова біологічна зброя, створена американцями (росіянами), або що ВІЛ давно існує у світі, але він ніяк не пов'язаний з розвитком СНІДу. Для вирішення питання про походження ВІЛ необхідно знати, які віруси цього типу циркулюють у людській популяції, які механізми лежать в основі їхньої мінливості, чи є аналогії збудників СНІДу в світі.

**Практично відразу після перших повідомлень про ВІЛ з'явилась інформація про його надзвичайно високу мінливість.** Швидкість генерації помилок у ревертазі ВІЛ настільки висока, що в природі, очевидно, немає двох абсолютно ідентичних геномів ВІЛ. Більш того, мінливість найбільш варіабельної частини генома, що кодує глікопротеїн оболонки вірусної частки, навіть в одного хворого часто складає 15 %, а розходження між вірусами, виділеними в різних країнах, сягають часом 40-50 %. Очевидно, що настільки високі розходження не можуть позначитися на підходах до стратегії розробки вакцини. Сьогодні в міжнародній базі даних є інформація про геноми більш ніж 25 тисяч варіантів ВІЛ-1, виявлених у різних регіонах земної кулі.

Вивчення мінливості генома вірусу, закономірностей поширення його субтипів у різних країнах і уразливих групах розширює наші уявлення про механізми та еволюцію ВІЛ. Ці дослідження виявляються корисними і для практичної медицини – дозволяють прогнозувати розвиток епідемії. Знання варіантів ВІЛ, що домінують на конкретній території, важливе для розробки майбутніх вакцин. Молекулярно-епідеміологічні методи можуть допомогти в проведенні епідемічних розслідувань.

Звідки і коли потрапив ВІЛ у людську популяцію? Щоб відповісти на це питання, необхідно згадати про інші лентивіруси приматів, про ВІЛ-2 і численні віруси імунодефіциту мавп (VIM). Цікаво, що VIM не викликають СНІД у природних хазяїв. Зелені мавпи, наприклад, самі не хворіють, однак можуть заражати мавп інших видів, зокрема, при спільному утриманні в зоопарках. Так, у Японських макак, що ніколи не зіштовхувалися з VIM, розвивається інфекція з симптомами СНІДу, яка закінчується летальним результатом. Виявилось, що ВІЛ-2 близький до одного з мавп'ячих вірусів, що виділяється в Африці в природних популяціях димчастих мангобеїв. Описано кілька випадків зараження людей, причому в інфікованих розвивалися всі симптоми, які зумовлює ВІЛ-2. І навпаки, експериментальне зараження димчастих мангобеїв приводило до розвитку хронічної інфекції без будь-яких симптомів СНІДу. Можна зробити висновок: **інфекція, викли-**

**кана ВІЛ-2, – типовий зооноз;** природний резервуар вірусу знаходиться в популяції димчастих мангобеїв (*Cercocebus atys*) у Західній Африці.

З ВІЛ-1 питання поки залишається відкритим, хоча за аналогією можна припустити: вірус потрапив до людей від якихось мавп; розвиток симптомів СНІДу пов'язаний з тим, що людина – не його природний хазяїн. Відомі вже чотири випадки виявлення вірусів, що нагадують ВІЛ-1, у шимпанзе. Три віруси виділені в Західній Африці, а четвертий – у США в шимпанзе, що живе в зоопарку. Аналіз вірусних геномів дозволив зробити припущення: природним резервуаром ВІЛ-1 може бути один з підвидів шимпанзе *Pan troglodytes*, що живе на території тих країн Західної Африки, де виявляють і представників усіх груп ВІЛ-1. При цьому вважається: вірус принаймні тричі "переступав" міжвидовий бар'єр, даючи початок групам вірусу людини.

Цікаво, що самий ранній зразок крові, що містить ВІЛ-1, виявлений у місті Кіншаса (нині столиця Демократичної Республіки Конго), датований 1959 роком. Американські фахівці, вивчивши генетичні розходження між вірусом, що знаходиться у зразку крові сорокалітньої давнини, і сучасними представниками ВІЛ-1, висловили таку думку: загальний попередник усіх субтипів цієї групи міг потрапити в людську популяцію від шимпанзе десь близько 1940 року. Однак багато вчених зовсім справедливо, на мій погляд, думають: швидкість еволюції ВІЛ залежить від великого числа різних факторів, що не були враховані. Отже, хоча **походження ВІЛ-1 від мавп'ячих "родичів" не викликає сумнівів**, пропонується дата (1940 рік) не остаточно і може бути відсунута на багато років тому. Відсутність більш старих зразків крові, інфікованих ВІЛ, легко пояснити: вірус у той період циркулював в африканських селах, віддалених від медичних центрів. Не зрозуміло, чому дотепер знайдено всього лише чотири інфікованих шимпанзе. Адже за аналогією з ВІЛ-2 виявлення вірусу в природному резервуарі не повинне представляти скільки-небудь серйозної проблеми.

Нарешті, залишається відкритим питання, як саме вірус потрапив від мавпи до людини. У випадку з ВІЛ-2 усе досить зрозуміло: в африканських селах більшість мангобеїв – те ж саме, що наші собаки. Приручені мавпи постійно спілкуються з людьми, грають з дітьми... Більш того, у деяких районах Західної Африки мавп цього виду вживають у їжу. Шимпанзе ж досить рідкісні, а їхні габарити і вдача не налаштовують до дружнього спілкування. Доводиться констатувати: або ті шимпанзе – носії вірусу – ще не спіймані, або вірус, що нагадує ВІЛ-1 потрапив до них і до людини від якихось інших африканських мавп (можливо, уже вимерлих).

З розвитком нових методів терапії тривалість життя людей з ВІЛ буде зростати. Поява універсальної вакцини представляється зараз проблематичною, але створення профілактичних препаратів, здатних підвищувати стійкість людини до зараження ВІЛ, не є такою вже безнадійною справою. До речі, поки не ясно, як розвиток методів терапії, специфічної профілактики вплине на еволюцію вірусу. Цілком імовірна масова селекція нових варіантів вірусу з підвищеною стійкістю до лікарських препаратів. Її наслідки не до кінця зрозумілі. Якби там не було, **основним заходом захисту проти ВІЛ є безпечний спосіб життя.**

А. Бобков

## ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ ПРИ ЗАРАЖЕННІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ?

У 1982 році вченим вдалося з'ясувати, що причиною СНІДу є вірус, що вражає клітини імунної системи людини, роблячи їх нездатними захищати організм від захворювань. Уже друге десятиріччя людство намагається приборкати цей примітивний, але підступний мікроорганізм – вірус імунодефіциту людини.

Вірус імунодефіциту відноситься до **лентівірусів** (повільних вірусів), підгрупи **ретровірусів**. Його зображують схожим на протичовнову міну, на поверхні якої розташовані глікопротеїнові "гриби", що служать вірусу відмичкою для проникнення в клітину крові людини. Хоча в останній у 100.000 разів більше генетичної інформації, ніж у самому вірусі, ВІЛ здобуває перемогу і, заволодавши клітиною, знищує її.

Порятунком від вірусу служить те, що зараження відбувається лише у певних ситуаціях, і йому можна запобігти. Навіть якщо ВІЛ проникає в організм, сучасні ліки здатні зупинити його розмноження.

Вірус зустрічає клітину, на поверхні якої є молекула CD-4. Глікопротеїнові "гриби" щільно прикріплюються до цих молекул, "відкриваючи" клітинну хазяїна наче відмичкою. Точніше, оболонки вірусу і клітини зливаються і генетичний матеріал вірусу потрапляє в клітину. **Дослідження, спрямовані на розробку вакцини, зосереджені на етапі вторгнення ВІЛ у клітину.**

Генетична інформація більшості існуючих у природі клітин і вірусів закодована у вигляді ДНК. У ВІЛ вона закодована в РНК. Вірусу необхідно перевести свою генетичну інформацію на зрозумілу клітині-хазяїну мову, тобто перевести свою РНК у ДНК. Для цього вірус використовує фермент під назвою **зворотної транскриптази**, за допомогою якого РНК перетворюється в ДНК. Після такого перетворення клітина-хазяїн приймає ДНК вірусу "як рідну". Цей процес звичайно відбувається протягом 12 годин після інфікування.

На цьому етапі вірусу можна зашкодити. Це роблять **протиретровірусні препарати** – AZT, dd, d4T, 3TC, невірапін та інші – які називаються **інгібіторами зворотної транскриптази**.

Новоутворена ДНК вірусу входить у ядро клітини-хазяїна, де за допомогою ферменту **інтегрази** вбудовується в її ДНК. Заволодавши в такий спосіб "штаб-квартирою" клітини-хазяїна, ВІЛ починає "віддавати накази", і клітина змушена підкорятися. При ВІЛ-інфекції мільярди клітин крові містять генетичний матеріал вірусу.

Підкоряючись генетичній програмі ВІЛ, клітина починає продукувати різні компоненти вірусу, потім там же, у клітині відбувається попередня груба "збірка", і новий, поки що незрілий і нездатний до зараження вірус відділяється від клітини-хазяїна. Після цього починає свою роботу ще один фермент вірусу – **протеаза**. Вона "наводить порядок" усередині оболонки нового вірусу, після чого той стає здатним інфікувати іншу клітину. На цьому етапі перешкодити вірусу достатньо сформуватися можуть **інгібітори – індинавир, саквінавир, ритонавир та інші**.

Вірус вражає не тільки Т-лімфоцити, але й інші клітини, що містять рецептор CD-4, у тому числі клітини з довгим строком життя, такі як моноцити і макрофаги, що можуть зберігати в собі велику кількість вірусу і при цьому не гинути. Вони служать резервуаром вірусу. **Вірус у таких резервуарах не**

**активний і невразливий для існуючих противірусних ліків, це – одна з головних перешкод для повного виведення ВІЛ з організму.**

Широкомасштабні дослідження, проведені в західних країнах, показали, що середній термін з моменту зараження до розвитку симптомів СНІДу складає 10 років без спеціального противірусного лікування. Однак розходження в темпах прогресування захворювання дуже велике. Близько 10% пацієнтів хворіють на СНІД протягом перших двох-трьох років після інфікування, інші 10% не мають симптомів через 12 і більше років. Фактори, що впливають на прогресування СНІДу, різноманітні: генетичні особливості, штам вірусу, психологічний стан пацієнта, умови життя та інші.

Зараження може відбутися при потраплянні інфікованої крові в кровоносну систему незараженої людини (при ін'єкціях нестерильним шприцом, переливанні заражених продуктів крові) або статевим шляхом. В останньому випадку вірус проникає всередину організму через слизові оболонки піхви, статевого члена, прямої кишки або, значно рідше, порожнини рота. Ранки на слизовій оболонці, запалення підвищують імовірність зараження. Дослідження показали, що власні клітини імунної системи людини, так звані дендритні клітини, діючи звичним для них способом, захоплюють вірус з поверхні слизової оболонки і несуть усередину, до лімфовузлів, де повинні знищуватися всі чужорідні елементи. Однак ВІЛ там не гине, а навпаки, заражає безліч клітин.

У більшості людей незабаром після зараження настає період гострої інфекції: різко збільшується кількість вірусу в крові (*віремія*), а кількість Т-4 лімфоцитів знижується на 20-40%. Часто, але не у всіх випадках, при цьому розвиваються симптоми, схожі на грип. Гострий період незабаром проходить; через 1-3 місяці після зараження в організмі виробляються антитіла до ВІЛ, кількість вірусу значно знижується, а Т-4 лімфоцити відновлюються до 80-90% колишнього рівня. ВІЛ продовжує розмножуватися, продукуючи щодня мільярди нових вірусів, а імунна система активно бореться з інфекцією, утримуючи її під контролем. Однак людина, в організмі якої відбувається боротьба з хворобою, найчастіше навіть не підозрює про це, оскільки не відчуває ніяких симптомів.

***Як довго живе вірус поза організмом людини?***

***На відкритому повітрі вірус гине протягом кількох хвилин. Усередині шприца він може жити значно довше. Про життєздатність ВІЛ наводять різні, часто суперечливі дані. Де ж правда?***

Щодо життя ВІЛ поза тілом людини існує багато помилкових уявлень і неправильних тлумачень наукових даних. У лабораторних дослідженнях використовуються концентрації вірусу, що принаймні в 100.000 разів вище тих, що зустрічаються в природі. При використанні таких штучно високих концентрацій ВІЛ може залишатися живим протягом 1-3 днів після висихання рідини.

Чи означає це, що ВІЛ у природній концентрації може жити поза людським організмом до трьох діб? Звичайно, ні. Якщо ми екстраполюємо дані досліджень по відношенню до природної концентрації вірусу, то побачимо, що **ВІЛ може жити поза організмом усього кілька хвилин**. Якби він жив поза організмом протягом багатьох годин або днів, ми безсумнівно спостерігали б випадки побутового зараження – а їх не буває.

Особливий інтерес представляє термін життя ВІЛ усередині шприца або порожнини голки. Виявилось, що на нього впливає цілий ряд факторів, у тому

числі кількість крові в голці, титр (кількість) вірусу в крові, температура навколишнього середовища. Кількість крові в голці залежить від її розмірів.

В одному дослідженні шприців, що містять кров, інфіковану дуже високим титром ВІЛ-1, виявилось, що життєздатний вірус залишався в деяких голках 48 днів при постійній температурі. При цьому життєздатність вірусу згодом знижувалась: через 2-10 днів живий вірус був виділений лише в 26 % шприців. Збереженню живого вірусу також сприяли великий об'єм крові в шприці і низька температура. Життєздатність вірусу зменшується при низьких титрах, високій або змінній температурі і при невеликому об'єму крові. **Здійснюючи профілактику ін'єкційної передачі ВІЛ, слід мати на увазі, що використаний шприц або голка (без стерилізації) може містити живий вірус протягом декількох днів.**

За матеріалами сайту [www.thebody.org](http://www.thebody.org)

Додаток 3.9

### ПРО СИМПТОМИ

#### **Загальні зауваження:**

– практично всі симптоми, що з'являються при ВІЛ-інфекції і СНІДі, можуть бути схожі на симптоми будь-якого іншого захворювання. Неможливо визначити, чи є даний симптом ознакою ВІЛ/СНІДу, не знаючи результатів аналізу на ВІЛ.

– якщо у вас спостерігаються хворобливі симптоми, що не проходять протягом 1-2 тижнів, варто звернутися до лікаря в будь-якому випадку, незалежно від передбачуваної вами причини симптомів. Крім СНІДу є багато інших небезпечних хвороб.

– якщо у вас був небезпечний контакт (сексуальний, брудний шприц), єдиний спосіб з'ясувати заразились ви чи ні, – здати кров на ВІЛ через 3-6 місяців після контакту.

– відомо багато випадків, коли люди переконували себе в тому, що в них СНІД, і пов'язували будь-яке нездужання, що у них з'являлось, зі "страшним діагнозом". Не страждайте даремно – пройдіть обстеження. Якщо з'ясується, що у вас немає ВІЛ-інфекції, уникайте ризикованої поведінки в майбутньому. Якщо у вас ВІЛ, зробіть усе, щоб жити довго і повноцінно, використовуючи накопичений досвід людей, що живуть цим вірусом.

#### **Симптоми ВІЛ:**

– незабаром після зараження можуть з'явитися симптоми так званої гострої стадії ВІЛ-інфекції, у тому числі постійно підвищена до 37,5-38 температура і збільшення лімфовузлів. Ці симптоми бувають не у всіх, хто заразився. Звичайно вони тривають не більше 2-3 тижнів і проходять самі собою. Їх важко відрізнити від симптомів звичайної застуди або грипу.

Безсимптомна фаза ВІЛ-інфекції може продовжуватись довгі роки. У цей час дізнатись про наявність і розвиток ВІЛ в організмі можна лише завдяки спеціальним аналізам крові: аналізу на ВІЛ-антитіла, на імунний статус і вірусне навантаження.

На певній стадії ВІЛ може перейти в стадію СНІДу, а СНІД – це захворювання, основною ознакою якого є зниження імунної стійкості організму.

Додаток 3.10

### ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Найпоширеніший метод діагностики ВІЛ-інфекції – **імуноферментний аналіз (ІФА)**. Імуноферментні тест-системи використовуються для виявлення



в сироватці крові антитіл до ВІЛ. По наявності антитіл роблять висновок про те, що в організмі присутній вірус.

Оскільки антитіла до ВІЛ з'являються лише через деякий час (від трьох тижнів до трьох місяців) після зараження, проходити це обстеження відразу ж або через кілька днів після небезпечного контакту немає сенсу.

ІФА може дати псевдопозитивні або псевдонегативні результати. Псевдопозитивні результати можуть бути отримані при обстеженні хворих на хронічні інфекційні, аутоімунні, онкологічні захворювання й у деяких інших випадках.

Якщо отримано позитивний результат *скринінгового* тесту (ІФА), необхідно перевірити його повторно, використовуючи більш чутливий тест – **імуноблоте**.

Існує також метод **полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР)**. Останній використовують для виявлення РНК вірусу. Це дуже ефективна і чутлива реакція. ПЛР дозволяє виявити наявність вірусу незалежно від появи антитіл, однак цей метод має серйозний недолік, викликаний саме його надчутливістю. ПЛР з досить великою імовірністю може дати псевдопозитивний результат. Згідно з прийнятим у Російській Федерації правилом, результат аналізу ПЛР не може бути підставою для встановлення або зняття діагнозу "ВІЛ-інфекція".

Зняття діагнозу ВІЛ-інфекція стосується дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів. Незалежно від ВІЛ-статусу дитини, материнські антитіла до ВІЛ зберігаються в її крові до 1-3 років, і лише після цього, якщо антитіла цілком зникли, дитина визнається ВІЛ-негативною. ПЛР може показати наявність або відсутність вірусу в крові дитини раніше цього терміну, але даний результат не може служити офіційною підставою для зняття діагнозу.

Зробити тест на наявність ВІЛ-інфекції можна в спеціалізованих кабінетах. Про їхнє місце розташування можна дізнатись в районній поліклініці. У різних регіонах ситуація з кабінетами тестування може відрізнятись. Тестування буває двох видів: конфіденційне й анонімне. Якщо ви робите тест конфіденційно, то співробітникам лабораторії буде відоме ваше ім'я, але вони не мають права повідомити його кому-небудь, оскільки це буде порушенням лікарської таємниці. В анонімних кабінетах тестування ви не повідомляєте свого імені, а вам присвоюється номер або ім'я, завдяки яким ви зможете дізнатись про результат тестування. Зважаючи на існуюче упередження по відношенню до ВІЛ, багатьом людям спокійніше, якщо вони роблять тест анонімно.

Тестування на ВІЛ відіграє величезну роль. Воно дозволяє здійснювати більш ефективне лікування для ВІЛ-позитивних людей. Медичний догляд, вагітність, сексуальна поведінка і вживання наркотиків, планування кар'єри – на все це може вплинути тестування на ВІЛ. Завдяки одному тестуванню може змінитися все життя людини. Саме тому тестування повинне бути добровільним і проводитись за умови, що людина розуміє всі можливі наслідки свого рішення.

З іншого боку, немає ніяких причин вимагати обов'язкового тестування на ВІЛ, або проводити тестування без згоди пацієнта. Але, незважаючи на алогічність і протиріччя медичної етики, такий підхід часто використовується як спосіб "контролювати" епідемію ВІЛ.

Питання про те, що результати тестування можуть стати відомими повинне враховуватись і консультантами, і лікарями, і політиками, і, в першу чергу, людиною, яка вирішила зробити тест на ВІЛ. Адже людина з ВІЛ зіштовхнеться не лише зі страхом і болем внаслідок того, що дізналась про захворювання, але і з серйозними соціальними, фінансовими й емоційними проблемами, єдина причина яких – упередження суспільства по відношенню до інфікованих ВІЛ.

Втрата родини і друзів, житла, роботи, неможливість одержати медичне страхування – все це зумовлює тавро "людина з ВІЛ". Такі випадки не поодинокі і мають місце тоді, коли медичні працівники розголошують результати тестування і вони стають відомі роботодавцям, страховим фірмам, або іншим особам та організаціям, крім пацієнта.

Немає ніяких об'єктивних причин для тестування на ВІЛ при прийомі на роботу. Більшість ВІЛ-позитивних – здорові люди без фізичних обмежень для роботи. Працездатність людини з ВІЛ визначається загальним станом здоров'я, окремими симптомами, асоційованим захворюванням, а не результатами тестування на ВІЛ. Механізми передачі ВІЛ такі, що ВІЛ-позитивний артіої не може передати вірус своїм співробітникам або клієнтам, якщо, звичайно, його функціональні обов'язки не передбачають статевих контактів.

Тестування на ВІЛ часто вимагається для оформлення медичного страхування. Питання про правомірність таких тестувань досить складне і включає декілька аспектів: фінансування страхування і регуляцію діяльності страхових фірм державою. Втрата необов'язкового страхування у випадку ВІЛ-інфекції може призвести до погіршення доступу до медичних послуг для ВІЛ-позитивних, і може стати додатковим тягарем і проблемою для держави.

Тест на антитіла до ВІЛ може бути **псевдопозитивним**, навіть якщо проводиться й інтерпретується правильно. Причиною можуть бути деякі щеплення, іноді - недостатня підготовка персоналу лабораторії. Псевдопозитивні результати отримують рідко і, звичайно, їх можна легко спростувати за допомогою підтверджуючого тесту.

Тестування на антитіла до ВІЛ має обмеження. Оскільки вони не утворюються негайно, негативний результат може бути помилковим, якщо інфікування відбулося недавно. За деяких умов тест на РНК вірусу (ПЛР) може виявити ВІЛ до утворення антитіл. Однак такі тести мають низьку вірогідність і не можуть застосовуватись для стандартної діагностики. **Проте, у випадку підозри на недавнє інфікування і на гостру ВІЛ-інфекцію потрібно проводити одночасне тестування на РНК і антитіла. Нове покоління тестів ІФА може виявляти антитіла за 1-2 тижні до виявлення РНК, такі тести зараз починають застосовуватися в банках крові.**

Хоча конфіденційність пацієнтів повинна строго дотримуватись, у реальній дійсності вона може порушуватись так чи інакше. Найбільш розповсюджені порушення включають: обговорення діагнозу між медичними працівниками, доступ до записів про пацієнта третіх осіб, обговорення випадку з працівниками інших медичних установ, "витік" інформації до членів родини, друзів, інших пацієнтів або роботодавців.

*Додаток 3.11*

### **ШЛЯХИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ**

Інфікування ВІЛ можливе при потраплянні крові, сперми, виділень статевих шляхів зараженої людини в кров незараженої: або безпосередньо, або через слизові оболонки. Можливе інфікування дитини від матері під час вагітності (внутрішньоутробне), при пологах або при грудному вигодовуванні. Інших шляхів передачі ВІЛ не зареєстровано.

### **Частка заражень ВІЛ різними шляхами**

Усі зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції у світі розподіляються за шляхами зараження у такий спосіб:

- статевий шлях – 70-80%;
- ін'єкційні наркотики – 5-10%;
- від вагітної або матері, що годує, дитині – 5-10%;
- переливання зараженої крові – 3-5%;
- професійне зараження медперсоналу – біля 0,01%.

У різних країнах і регіонах переважають різні шляхи зараження (гомосексуальний, гетеросексуальний, ін'єкційні наркотики). В Україні переважає шлях зараження через ін'єкційне введення наркотиків (близько 70% від усіх відомих випадків).

### **Ризик при статевому контакті**

Підраховано, що середньостатистичний ризик передачі ВІЛ у результаті одноразового незахищеного вагінального контакту для жінки складає від 0,05% до 0,15% (для анального – 0,82%, для орального – 0,04%).

Низький середньостатистичний ризик зараження – не привід для заспокоєння, оскільки інфікування може бути наслідком лише одного контакту.

### **Фактори, що підвищують ризик зараження при статевому контакті**

1. Вагінальний або анальний секс без презерватива.

2. Ризик зараження для обох партнерів зростає при супутніх венеричних захворюваннях

Захворювання, що передаються статевим шляхом, справедливо називають "воротами для вірусу", оскільки вони викликають виразки або запалення слизової оболонки статевих органів. При цьому до поверхні слизової оболонки надходить велика кількість лімфоцитів, особливо тих, котрі служать мішенню для ВІЛ (Т-4 лімфоцитів). Запалення також викликає зміни в мембрані клітин, що збільшує ризик проникнення вірусу.

3. Імовірність зараження жінки від чоловіка при статевому контакті приблизно в три рази вища, ніж чоловіка від жінки.

У жінки при незахищеному статевому акті в організм потрапляє велика кількість вірусу, що міститься в насінній рідині чоловіка. Площа поверхні, через яку вірус може проникнути всередину, у жінки значно більша (слизова оболонка піхви). Крім того, у насінній рідині ВІЛ міститься в більшій концентрації, ніж у секреторному виділенні піхви. Ризик для жінки зростає при венеричних захворюваннях, ерозії шийки матки, ранках або запаленнях слизової оболонки, при менструації, а також при розриві незайманої пліви.

4. Ризик зараження і для чоловіка, і для жінки збільшується, якщо в партнерки є ерозія шийки матки.

Для жінки – оскільки ерозія служить "вхідними воротами" для вірусу. Для чоловіка – оскільки у ВІЛ-позитивної жінки ерозія може призвести до відшарування з шийки матки клітин, що містять вірус.

5. Ризик зараження при анальному контакті значно вище, ніж при вагінальному, оскільки існує висока ймовірність травмування слизової оболонки ануса і прямої кишки, що створює "вхідні ворота" для інфекції.

### **Ризик передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини**

ВІЛ-інфекція може передаватися від інфікованої матері до дитини під час вагітності (через плаценту), при пологах (через контакт із кров'ю матері) або при грудному вигодовуванні (через материнське молоко). Це називають *вертикальною* або *перинатальною* передачею ВІЛ-інфекції.

### **Фактори, що впливають на ризик вертикальної передачі ВІЛ**

1. *Стан здоров'я матері.* Чим вищий рівень вірусу в крові або секреторних виділеннях статевих шляхів матері і чим нижчий її імунний статус, тим вищий ризик передачі вірусу дитині.

2. *Умови життя матері:* харчування, відпочинок, вітаміни тощо – дуже важливий фактор. Характерно, що середньостатистичний ризик народження дитини з ВІЛ в індустріально розвинуті країни Європи і США приблизно вдвічі нижчий, ніж у країнах третього світу.

3. *Наявність попередніх вагітностей:* чим їх більше – тим вищий ризик.

4. *Доношеність дитини:* як недоношені, так і перенесені діти частіше бувають інфікованими.

5. *Тривалість другої стадії пологів:* ризик тим менший, чим коротший проміжок часу до появи дитини на світ.

6. *Запалення або передчасний розрив навколоплідних оболонок* – підвищений ризик передачі ВІЛ немовляті.

7. *Кесарів розтин:* багато досліджень показали, що при Кесаревому розтині, особливо якщо він здійснюється до розриву навколоплідних оболонок, ризик народження дитини з ВІЛ знижується.

8. *Ранки і тріщини слизової оболонки статевих шляхів* (зазвичай вони виникають у результаті інфекцій) підвищують ризик народження дитини з ВІЛ.

9. *Грудне вигодовування.* Матерям з ВІЛ не рекомендується вигодовувати дітей груддю, оскільки при цьому підвищується ризик передачі ВІЛ. Єдине виключення складають ті рідкі випадки, коли в матері немає умов для готування дитячих сумішей (немає чистої питної води, неможливо кип'ятити пляшки і соски), оскільки вважається, що в цьому випадку ризик шлунково-кишкових інфекцій являє більшу загрозу для життя дитини, ніж ВІЛ.

Як показують дослідження, плід може бути інфікований ВІЛ уже на 8-12 тижні вагітності. Однак **у більшості випадків зараження дитини відбувається в процесі пологів.**

Одним з головних досягнень профілактики ВІЛ-інфекції за останні кілька років була розробка методів зниження ризику передачі ВІЛ від інфікованої матері до дитини під час пологів. Якщо без спеціального лікування середньостатистичний ризик народження дитини з ВІЛ-інфекцією складає 15-25% у Європі і США і 30-40% в Африці, то за допомогою профілактичного курсу лікування протівірусним препаратом ризик можна знизити на 2/3.

Підводячи підсумок, слід зазначити, що **шляхи передачі ВІЛ добре вивчені: при незахищеному статевому контакті, при ін'єкціях спільним інструментарієм, від матері до дитини при вагітності, родах або годуванні грудним молоком. Інших шляхів передачі ВІЛ не існує. Ним не так "легко" заразитися. У всіх ситуаціях, що зумовлюють будь-який ризик передачі ВІЛ, кожна людина здатна захистити себе і близьких.**

Додаток 3.12

### **РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ І ВРАЗЛИВІ ГРУПИ**

Ризик зараження ВІЛ залежить від шляхів інфікування, кількості вірусу, що потрапив до організму, супутніх захворювань та інших медико-біологічних факторів. Вірусові "байдуже", до якої соціальної групи відноситься людина і наскільки її поведінка схвалюється суспільством. Поняття "групи ризику" дав-

но відкинуте антиснідівським співтовариством, оскільки сприяє соціальній дискримінації і створює відчуття помилкової захищеності в тих, хто не відносить себе до "групи ризику".

***Ризик – поняття універсальне: заразитися може кожен!***

Уразливість – поняття іншого плану. Воно стосується суспільства не в цілому, а лише тих, хто за різних обставин позбавлений можливості захиститися від ВІЛ/СНІДу і його наслідків. Взагалі уразливість залежить від того, наскільки людина спроможна контролювати обставини свого життя.

***Уразливість до ВІЛ/СНІДу означає*** підвищену ймовірність контакту з ВІЛ-інфекцією і/або підвищену ймовірність в значній мірі постраждати від наслідків ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Уразливість першої або другої категорії створюється цілою низкою економічних, культурних, соціальних, поведінкових факторів, таких, як бідність, безправ'я, дискримінація, вороже ставлення суспільства, відсутність доступу до інформації, медичної, соціальної і психологічної допомоги тощо.

Різне зростання випадків ВІЛ-інфекції серед певної частини населення говорить про вразливість цієї групи і вимагає вживання заходів щодо її захисту і підтримки.

В усіх країнах є люди, родини і співтовариства, вразливі до ВІЛ/СНІДу (споживачі наркотиків, мігранти і біженці, секс-працівники, геї та інші). Реальна профілактика неможлива без усунення на рівні державної політики тих факторів, які роблять людей вразливими.

Одним з факторів, що сприяють вразливості, є порядки і традиції, які ставлять певну групу людей (споживачів наркотиків, секс-працівників, геїв) поза законом. Ще більш поширена ситуація, коли формальних законодавчих заборон немає, але ставлення суспільства створює навколо цих людей клімат неприйняття й ізоляції.

Є простий спосіб визначити ступінь суспільної ізоляції будь-якої групи. Припустимо, що ці люди зібралися разом, створили організацію й оголосили про це. Варто уявити реакцію на такі гіпотетичні організації як "Товариство по захисту прав секс-працівників" або "Група самопомоги споживачів наркотиків". У той же час об'єднання представників уразливих груп в усім світі відіграють неоціненну роль у боротьбі з ВІЛ/СНІДом, оскільки захищають своїх членів, надають їм інформацію і підтримку, дають можливість привселюдно висловити свою думку, не наражаючись на небезпеку, і брати участь у прийнятті важливих державних рішень, що стосуються їхнього життя.

***Подолання дискримінації, забезпечення адекватного правового і соціального захисту для всіх громадян, підтримка низових громадських організацій і груп, що захищають інтереси вразливих співтовариств, – в епоху СНІДу всі ці заходи є необхідною умовою виживання.***

*Додаток 3.13*

#### **XIV МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ ПО СНІДУ**

*7-12 липня 2002*

Відповідно до опублікованої 2 липня 2002 року доповіді ООН, виявлено тривожний факт – переважна більшість молоді в усьому світі не має уявлення про те, як передається ВІЛ і як захистити себе від СНІДу. В той же час дослідження показало, що більшість людей починає статеві стосунки саме в підлітковому віці.

Тенденції, що пояснюють швидке поширення ВІЛ/СНІДу, розкриті в доповіді "Молодь і ВІЛ/СНІД: можливості і криза", що безумовно стала важливою віхою в дослідженнях на цю тему. Розроблена ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС і Всесвітньою організацією охорони здоров'я доповідь є першим повним дослідженням поведінки і поінформованості молоді 15-24 років стосовно ВІЛ/СНІД. Доповідь містить також останні відомості про поширення ВІЛ-інфекції в межах цієї вікової групи по країнах.

За словами виконавчого директора ЮНІСЕФ Керол Беллами, "мають місце дві взаємозалежні тенденції, які багато в чому зумовлюють розвиток епідемії. По-перше, молодь займається сексом, і світ повинен вважати цей факт передумовою для створення ефективних програм профілактики. По-друге, молодь не має достатнього рівня знань, щоб захистити себе. Трагічним наслідком цього є непропорційно висока кількість молодих людей, що стали жертвою ВІЛ."

У доповіді підкреслюється центральне місце молоді в епідемії ВІЛ/СНІДу: молоді люди в найбільшій мірі потрапляють під удар, але вони є і ключем до вирішення проблеми. Незважаючи на це, стратегії боротьби з епідемією зазвичай не приділяють молоді достатньої уваги. Організації ООН, що опублікували доповідь, закликали політичні сили, як ніколи раніше, приділити максимальну увагу концентрації фінансів і кадрів, необхідних для боротьби з ВІЛ/СНІДом. Ці зусилля необхідно зосередити на роботі з молоддю, щоб інформувати її про ВІЛ і шляхи захисту від інфекції.

У цілому, дослідження, проведені в 60 країнах, свідчать про те, що понад 50% молоді у віці 15-24 років серйозно помиляється з приводу шляхів передачі ВІЛ/СНІДу – це об'єктивний показник того, що молодь не має доступу до достовірної інформації. У деяких країнах, саме там, де вірус являє найбільшу загрозу, всього 20% молоді має необхідні знання про захист. Як наслідок, на даний час половина нових випадків інфікування припадає на осіб віком 15-24 років.

Як заявив Пітер Піот, виконавчий директор ЮНЕЙДС, "очевидно, що молодь не володіє ні інформацією, ні засобами, необхідними для захисту від ВІЛ. Щодня 6000 молодих людей заражаються ВІЛ. Кожному з цих випадків можна було б запобігти. Профілактика недорога і доступна, на одного випускника школи достатньо всього 8 доларів на рік. У кожній країні, де скоротилася кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, найбільш зримі результати були досягнуті саме серед молоді.

**Основні тези доповіді:**

– *Молодь не має достатньої інформації про ВІЛ/СНІД.* У країнах з важкою епідемічною ситуацією, таких як Камерун, Центрально-Африканська Республіка, Екваторіальна Гвінея, Лесото і Сьєрра-Леоне, понад 80% дівчат у віці 15-24 років мають недостатній рівень знань про ВІЛ. Стосовно українських дівчат, то 99% з них чули про СНІД і лише 9% змогли назвати три способи уникнення зараження.

– *У багатьох країнах з високою кількістю ВІЛ-позитивних неодружені юнаки і дівчата починають статеві стосунки до 15-ти років.* Відповідно до недавнього дослідження, проведеного серед юнаків 15-19 років Габону, Гаїті і Малаві, чверть з них повідомили, що мали статеві стосунки у віці до 15 років.

– *Учити правильному користуванню презервативами та іншими засобами контрацепції, включаючи утримання, необхідно починати раніше.* У Буркіна Фасо тільки 45% юнаків у віці 15-19 років повідомили, що вони використовують презервативи при позашлюбних статевих відносинах, у порівнян-

ні: 64% молодих людей - у віці 20-24 років. У Малаві відповідні показники склали 29% і 47%. Дослідження 1999 року, проведене в Україні, виявило, що лише 28% дівчат у віці 15-24 років використовували презерватив при першому статевому контакті.

– *Високий ризик зараження серед дівчат-підлітків, особливо в Африці південніше Сахари.* За оцінками експертів, понад дві третини нових випадків ВІЛ-інфекції серед осіб у віці 15-19 років у цьому регіоні припадає на жінок. В Ефіопії, Малаві, Танзанії, Замбії і Зімбабве на кожного ВІЛ-інфікованого юнака 15-19 років припадає п'ять-шість інфікованих дівчат того ж віку.

#### **Ключова роль молоді в боротьбі з епідемією:**

У доповіді підкреслюється, що в тих країнах, де епідемія ВІЛ/СНІДу йде на спад, таких як Таїланд і Уганда, в першу чергу це відбувається тому, що молоді були надані знання, інструменти і допомога у формуванні безпечної поведінки. Існує зв'язок між рівнем інформованості та поведінкою молоді, а також ключова роль безпечного середовища у формуванні навичок, необхідних для захисту від інфекції. Говориться також про необхідність особливих зусиль для залучення вразливих до ВІЛ/СНІДу груп молоді, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків і секс-працівники.

"Молодь, без сумніву, продемонструвала здатність до відповідальних рішень, за наявності підтримки вона може захистити себе, навчити і мотивувати інших робити безпечний вибір," – заявила Гру Харлем Брундтланд, генеральний директор ВООЗ.

У доповіді зазначено 10 заходів, необхідних кожній країні в якості складових програми профілактики:

1. Покласти кінець мовчанню, упередженню і сорому.
2. Забезпечити молодь інформацією.
3. Озброїти молодь життєвими навичками, щоб застосовувати знання на практиці.
4. Створити служби, орієнтовані на молодь.
5. Розвивати добровільне і конфіденційне тестування на ВІЛ і консультування з питань ВІЛ/СНІДу.
6. Працювати з молоддю, заохочувати її до участі.
7. Залучати молодих людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.
8. Створювати атмосферу безпеки і підтримки.
9. Охопити найбільш вразливу молодь.
10. Зміцнювати співробітництво, стежити за успіхами.

*Додаток 3.14*

## **АКТУАЛЬНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ**

### **Грип**

Серед інфекційних хвороб найбільш розповсюдженим на всій земній кулі є грип – гостре вірусне епідемічне захворювання, що охоплює десятки мільйонів людей щорічно. Воно проявляється у високій температурі, загальній інтоксикації, переважному враженні нервової, серцево-судинної систем та органів дихання. Віруси грипу дуже мінливі, а поява нових штамів зумовлює періодичний розвиток епідемій та пандемій

Епідемії та пандемії грипу відомі з далекого минулого, ще з III–IV ст. до нашої ери, але **особливо небезпечною була пандемія у 1918–1920 роках (іс-**

**панка), яка викликала захворювання 1,5 млрд. людей. З них померло понад 20 млн.**

Важко назвати іншу хворобу, яка мала б таке розповсюдження, а збудник був би таким мінливим, підступним і приносив би таку шкоду здоров'ю людей та величезні економічні збитки державі.

Стійкість вірусів грипу значна. При мінусовій температурі вірус не втрачає життєздатності роками, у повітрі він зберігається до 6 годин, а на вовняному, хутряному одязі може виживати від 1 до 30 діб, у кімнатному пилу – до 5 тижнів.

Хворий стає заразним з перших днів. Інфекція передається в основному повітряно–краплинним шляхом. Можливе зараження на грип також контактно–побутовим шляхом: через рушник, посуд, іграшки, тощо, хоча цей шлях менш небезпечний.

Розповсюдженню вірусу сприяють: висока скупченість людей, незадовільні побутові умови, низька санітарна культура дорослих та дітей, хронічні хвороби, відсутність імунітету, екологічні фактори, важка праця, переохолодження тощо.

### **Туберкульоз**

Відповідно до критеріїв ВООЗ та динаміки захворюваності на туберкульоз Україна з 1995 р. увійшла до числа країн, охоплених епідемією туберкульозу. З 1990 по 2000 рік захворюваність на туберкульоз у нас збільшилась майже у два рази (з 32 до 60 осіб на 100 тис. населення).

**Всього в Україні налічується майже 30 тис. хворих на туберкульоз і понад 100 тис. інфікованих.** Сьогодні в Україні **вмирає** кожен третій із хворих на туберкульоз (у 2000 р. 22,3 на 100 тис. населення), тобто **понад 11 тисяч щорік.**

На фоні погіршення епідемічної ситуації з туберкульозом у світі, з початку 90-х років дуже актуальною стала проблема стійкості мікобактерій туберкульозу до лікарських препаратів. Тому **в структурі загальної епідемії варто виділяти епідемію хіміорезистентного туберкульозу. Так, у хворих на туберкульоз легень хіміорезистентність сягає 81%.**

Нинішню епідемію називають триєдиною, оскільки в ній умовно виділяють три взаємопов'язані компоненти:

1. **Традиційна епідемія**, що стосується так званого типового туберкульозу, поширеного ще у повоєнні роки. Він добре піддається лікуванню. Серед усіх хворих на туберкульоз питома вага цієї епідемії має тенденцію до зменшення.

2. **Епідемія, обумовлена хіміорезистентним туберкульозом**, поширюється швидкими темпами і створює велику небезпеку. Ефективність лікування низька, смертність висока, кількість таких хворих налічується до 40% від загальної кількості і продовжує зростати.

3. **Епідемія туберкульозу і СНІДу**, а також туберкульозу у ВІЛ-інфікованих. Таких хворих 20–30%, їхня кількість має тенденцію до зростання.

#### **Шляхи зараження на туберкульоз.**

Туберкульоз – інфекційне захворювання, спричинене мікобактеріями. Останні нерухомі, не мають капсул, надто стійкі – при температурі 100<sup>0</sup> С зберігають життєздатність до 5-ти хвилин. У сухій мокроті вони живуть до 10 місяців, при низькій температурі у навколишньому середовищі збудник зберігається впродовж 3–4, іноді 8–12 місяців в залежності від місця. Він не боїться кислот, спирту, низьких температур, тривалий час зберігається у ліжку, паперах, у кімнаті, де знаходився хворий, на посуді та особистих речах хворого, в молочних



продуктах від хворої на туберкульоз худоби. Не переносить препаратів, які містять хлор, ультрафіолетові промені знищують його через декілька годин.

Зараження туберкульозом у 90–95% випадків відбувається через дихальну систему аерогенним шляхом: під час розмови, при кашлі, спілкуванні з хворим, через заражені предмети побуту. Отже, шляхи передачі такі: повітряно–краплинний, повітряно–пиловий, контактний–побутовий, харчовий та інколи через плаценту. Основним джерелом інфекції є хворі люди, домашні тварини, здебільшого корови.

Більшість людей, заражених збудником туберкульозу, залишаються здоровими внаслідок імунітету – вродженого або набутого після вакцинації БЦЖ. Достатня опірність організму, в особливості при зараженні малою дозою збудника, дає можливість побороти хворобу. Але під впливом несприятливих умов: порушенні нормального харчування, тяжких захворювань, незадовільних побутових і виробничих умов, дії алкоголю тощо стійкість організму знижується й інфекція може активуватись. Розвиток імунodefіциту на фоні зараження ВІЛ сприяє захворюванню на туберкульоз.

### **Сифіліс**

Сифіліс – хронічна венерична хвороба, яка має хвилеподібний перебіг (періоди загострення змінюються прихованими періодами) і викликає враження шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, кісток, нервової системи тощо. Вважається, що сифіліс був завезений у Європу з Америки в 1493 р. експедицією Христофора Колумба.

*Збудник* – бліда спірохета, яка проникає в організм здорової людини через ушкодження шкіри або слизової оболонки. У зовнішньому середовищі спірохета нестійка і швидко гине, особливо при висиханні заразного матеріалу, під впливом дезінфікуючих речовин, кип'ятіння.

*Джерело зараження* – тільки хвора на сифіліс людина.

#### **Шляхи передачі:**

1. Основний – **статевий** шлях.
2. **Побутовий** шлях (через предмети, забруднені виділеннями хворого на сифіліс – склянки, зубні щітки, ложки, недокурки тощо).
3. **Професійний** шлях (через безпосередні контакти рук із виділеннями хворого в разі, коли підозра на сифіліс ще не виникла).
4. **Трансплацентарний** (від хворої матері на 4–5 місяці вагітності бліда спірохета може проникати через плаценту і вражати плід). Частина плодів гине внутрішньоутробно або під час народження. Деякі діти народжуються живими, але з ознаками вродженого сифілісу (вадами розвитку кісток, нервової системи, органів слуху, зору, висипанням на шкірі й слизових оболонках).
5. Зараження дитини від хворої матері може відбуватися **при пологах**. В цьому випадку розвивається набутий, а не вроджений сифіліс.

*Інкубаційний період* сифілісу (час від проникнення блідої спірохети в організм до появи першого прояву хвороби – твердого шанкеру) в середньому триває 3-4 тижні. Інкубаційний період може подовжуватися, якщо хворий у цей час приймав антибіотики в зв'язку з іншим захворюванням (запаленням легень, ангіною, гонореєю). Антибіотик затримує розвиток збудника і прояви хвороби на 10–90 днів. Людина відчуває себе в цей час здоровою.

Пік захворюваності на сифіліс в Україні прийшовся на 1996 рік, коли загальна кількість хворих становила понад 75 тисяч осіб. **Сьогодні хворіють на**

**цю хворобу понад 30 тисяч людей. Хворіють в основному люди активного репродуктивного віку – від 15 до 30 років.**

### **Вірусний гепатит b (ВГб)**

Збудник гепатиту довго зберігається в зовнішньому середовищі, **не гине при кип'ятінні протягом 30–40 хвилин**. Місце його розмноження – ядро та цитоплазма клітин печінки. Їх ушкодження призводить до різких порушень функціонування цього органу. Найбільш тяжкою формою ураження печінки при ВГб є так звана печінкова недостатність, яка може спричинити смерть хворого.

**Джерелом інфекції** є хвора на ВГб людина або носій вірусу гепатиту b. Найбільш небезпечним для передачі збудника є хворий в інкубаційному періоді та в перші 2–3 тижні з моменту захворювання. Хвороба широко розповсюджена. Згідно з оцінками спеціалістів **у світі нараховується понад 200 млн. носіїв вірусу ВГб**. Відомо, що існують **групи з високим ризиком** захворювання на цю хворобу. До них належать **особи, які ведуть безладне статеве життя, гомосексуалісти, наркомани; діти, народжені від матерів, що хворіли на гепатит b; хірурги, стоматологи, маніпуляційні сестри, які мали професійні контакти з хворими**. Найбільш високий ризик зараження існує при переливанні крові. Збудника також знаходять у сім'яній рідині чоловіків та на слизових оболонках жіночих статевих органів, що вказує на статевий шлях розповсюдження захворювання на ВГб. Існують відомості про те, що серед гомосексуалістів 30% хворіють на ВГб, в той час як у людей з нормальною сексуальною орієнтацією захворювання виявляється лише у 5% випадків.

**Лікування** ВГб здійснюється в умовах стаціонару і включає протівірусну терапію і заходи, спрямовані на підвищення імунітету. Існують фармакологічні препарати для специфічної профілактики вірусного гепатиту b (вакцинація).

### **Статевий герпес**

Існує два види вірусу герпеса. При зараженні вірусом I типу, герпес з'являється на обличчі у вигляді дрібних пухирців, а при вірусі II типу – на статевих органах. Статевий герпес передається під час статевого контакту. Хвора людина є **джерелом інфекції** до того часу, поки не відпаде герпесний струп.

**Інкубаційний період** розвитку хвороби від 2 до 20 днів. У людини виникає лихоманка, біль і неприємні відчуття в області висипання. Через 2-3 тижні ранки загоюються, але вірус залишається в організмі. Хвороба має рецидивуючий характер. Її загострення може бути наслідком переохолодження; інфікування іншим збудником, що веде до зниження опірності організму; виникнення стресової ситуації, або просто наслідком статевого контакту.

**Статевий герпес – дуже розповсюджена хвороба**. В США кожного року реєструється приблизно 600 тис. нових захворювань на герпес, понад 30 млн. американців страждають від цієї хвороби. Відповідних статистичних даних щодо України немає. В той же час вчені вважають, що серед представників європеоїдної раси кожен п'ятий інфікований вірусом герпеса II типу, а серед негроїдів вірус зустрічається у трьох з п'яти людей. У 50-70% інфікованих статевим герпесом немає симптомів і навіть підозри на хворобу. Найбільш поширена вона серед гомосексуалістів (46%), безпритульних (60%) і повій (80%). У жінок хвороба зустрічається приблизно в п'ять разів частіше, ніж у чоловіків.

На жаль, **методи лікування** розроблені ще недостатньо, а існуючі не гарантують повного одужання. Значно полегшує стан хворого неспецифічна протівірусна терапія.

### ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО СНІД

Епідемія ВІЛ/СНІДу спростувала загальноприйняті поняття, якими суспільство звикло керуватися при організації боротьби із традиційними, давно відомими інфекційними хворобами, і висвітлила низку проблем, пов'язаних з інфекційними захворюваннями, особливо тих, які зачіпають інтимне життя людей.

Нині вже зрозуміло, що проблема ВІЛ/СНІДу – це проблема кожного. Тому в боротьбі з ним надзвичайно актуальну роль мають відігравати профілактичні заходи, просвітня, педагогічна та управлінська діяльність держави, спрямовані на запобігання поширенню цієї небезпечної соціальної хвороби. Важливість профілактичної діяльності зумовлена насамперед тим, що дотепер не знайдено вакцини та ефективних методів і засобів лікування, які б цілком звільняли людину від ВІЛ.

Специфіка ВІЛ-інфекції, її суттєва відмінність від більшості відомих людству хвороб, а також особливості, зумовлені поширенням ВІЛ/СНІДу поставили світову спільноту перед необхідністю пошуку нових, нетрадиційних підходів, що мають сприяти запобігання подальшого поширення цієї інфекції.

Чільне місце серед інструментаріїв, що забезпечують втілення зазначених підходів у життя, посідають законодавчі та інші нормативні акти, які повинні сприяти запобігання поширення епідемії, запровадженню необхідних для цього нових видів послуг та діяльності у галузі охорони здоров'я, захищати права ВІЛ-інфікованих осіб.

Останнє є надзвичайно актуальним, позаяк усі країни світу, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІДу, зіткнулися з проблемою остракізму і дискримінації стосовно ВІЛ-позитивних та їхніх близьких.

Зважаючи на це, Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, інші спеціалізовані установи ООН ще на ранніх стадіях початку боротьби з ВІЛ/СНІДом визнали важливість багатьох нових законів, що приймалися в різних країнах, сприяли поширенню інформації про розвиток законодавчої бази у цій сфері завдяки публікації прийнятих у різних країнах нормативних актів, виданню спеціальних методичних матеріалів, зокрема, для законодавців. Згодом ця проблема стала однією з основних у глобальній діяльності спеціально створеної Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), у рамках якої співпрацюють сім установ ООН (Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН), Фонд народонаселення (ЮНФПА), Програма ООН з міжнародного контролю над наркотиками (ЮНДКП), Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки та культури (ЮНЕСКО), Всесвітня організація охорони здоров'я та Всесвітній банк.

Одним із найважливіших документів у світі, який регламентує права ВІЛ-інфікованих, є "Загальна декларація прав хворих на СНІД та інфікованих ВІЛ", що була прийнята в листопаді 1990 року в Парижі на Міжнародному конгресі неурядових організацій з проблеми боротьби зі СНІДом.

Упродовж кількох останніх років Україна, на жаль, утримує лідерство в Європі за темпами поширення епідемії ВІЛ/СНІДу та наркоманії. Тому для нашої держави надзвичайно важливе значення має якомога повніше використання сучасного ефективного досвіду інших держав та рекомендацій відповідних міжнародних організацій у сфері боротьби з цими явищами.

## **Основні законодавчі та нормативно-правові документи з питань профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні**

Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, прийнятий 3 березня 1998 року № 155/98-ВР;

Указ Президента України “Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу” від 1 листопада 2000 р. № 1182.

Постанова Кабінету Міністрів України “Про утворення Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу” від 7 лютого 2001 р. № 116 (зі змінами, внесеними згідно з Постановами Кабінету Міністрів України від 26.10.01 № 1401; від 15.06.03 № 899; від 17.07.03 № 1106);

Положення “Про Урядову комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом”. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 26 жовтня 2001 р. № 1401;

Постанова Верховної Ради України “Про Рекомендації Парламентських слухань на тему: “Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх вирішення” від 03.02.04 р. № 1426-15.

Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року”, 2004 р.

Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004-2008 роки”, 2004 р.

Постанова Кабінету Міністрів України “Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу” від 16.05.05 р.

*Додаток 3.16*

### **ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

#### **Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” № 155/98-ВР від 03.03.98 р.**

*(витяг)*

##### **Права ВІЛ-інфікованих:**

**Стаття 12.** Облік, реєстрація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян та медичний нагляд за ними повинні здійснюватися з дотриманням принципів конфіденційності та поваги до особистих прав і свобод людини, визначених законами та міжнародними договорами України. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД громадянам України, іноземцям та особам без громадянства здійснюється на загальних підставах у порядку, встановленому законодавством та відповідними міжнародними договорами України.

**Стаття 17.** ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

*Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на:*

– відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини;

– безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного в них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку;

– безоплатний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;

– користування ізольованою жилою кімнатою.

Участь ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб у випробуваннях медичних засобів і методів, науковому вивченні або навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомках проводиться тільки за їх згодою.

Використання крові та інших біологічних матеріалів ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД осіб для наукових досліджень провадиться лише за їх згодою і передбачає компенсацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

**Стаття 18.** Забороняється відмова в прийнятті до лікувальних закладів та у наданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.

**Стаття 19.** Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені в суді.

**Стаття 20.** Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування в судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди за рахунок винної особи.

**Стаття 21.** Батьки дітей, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, та особи, які їх замінюють, мають право на:

– спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку з доглядом за хворою дитиною;

– збереження за одним із батьків у разі звільнення його з роботи в зв'язку з доглядом за дитиною віком до 16 років безперервного виробничого стажу для нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку.

**Стаття 22.** Матері, які мають дітей віком до 16 років, заражених вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки в літній чи інший зручний для них час. У разі відсутності матері та виховання такої дитини батьком або іншою особою це право надається зазначеним особам.

**Стаття 23.** Дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД, призначається щомісячна державна допомога в розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України.

**Обов'язки ВІЛ-інфікованих:**

**Стаття 15.** ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи зобов'язані:

– вживати заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих закладами охорони здоров'я згідно з частиною першою Статті 9 цього Закону;

– повідомити осіб, які були з ними в статевих контактах до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження;

– відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для використання їх у медичній практиці.

**Стаття 32.** Свідоме поставлення в небезпеку зараження чи зараження іншої особи (або кількох осіб) вірусом імунодефіциту людини особою, яка

знала про наявність у неї ВІЛ-інфекції, тягне за собою кримінальну відповідальність. Винна в цьому особа відшкодовує також витрати, що виникли в зв'язку з наданням зараженій особі медичної та соціальної допомоги, у порядку, встановленому Законом України.

**Кримінальний кодекс України від 01.09.01 року**  
(*витяг*)

**Стаття 130.** Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою.

1. Свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, – карається арештом на строк до трьох місяців або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до трьох років.
2. Зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, – карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.
3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього, – караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.
4. Умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, – карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

**Стаття 131.** Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою.

1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків унаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, – карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

**Стаття 132.** Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою.

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, – карається штрафом від п'ятдесяти до

ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю.

Додаток 3.17

## **СТРАТЕГІЯ ДІЯЛЬНОСТІ УКРАЇНИ НА ШЛЯХУ ПОДОЛАННЯ ВІЛ/СНІД**

### **КОНЦЕПЦІЯ**

**стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року**  
(затверджено Постановою КМУ від 04.03.04 № 264)

### **Вступ**

Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу спричиняє скорочення тривалості життя, зростання обсягу медичних послуг, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, сирітства.

Оцінний показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення в Україні є одним з найвищих в європейському регіоні – становить 1 відсоток. Це пов'язано з ризикованою щодо ВІЛ-інфікування поведінкою молоді, значним розповсюдженням ін'єкційного вживання наркотичних засобів, ризикованих ставих зв'язків. Спостерігається тенденція до збільшення випадків інфікування вагітних жінок і потенційних донорів крові. Особливо небезпечним є те, що переважна більшість ВІЛ-інфікованих – це особи працездатного та репродуктивного віку.

Проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні не обмежується, як і в багатьох інших країнах, виключно медичними питаннями. Наслідки поширення цього захворювання погіршують соціально-економічний стан країни. Витрати на лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД за найоптимістичнішими оцінками становитимуть у 2011 році 533 млн. гривень.

Пов'язана з поширенням СНІДу смертність населення (цей показник може досягти через 8 років 600 тис. осіб) призведе до зменшення середньої тривалості життя в Україні від 2 до 4 років для чоловіків та від 2 до 5 років для жінок. Середній вік становитиме 60-62 роки для чоловіків та 69-72 роки для жінок.

### **Мета та основні завдання**

Метою цієї Концепції є взяття під контроль та обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні шляхом:

- удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, що залишилися без годувальника, діти-сироти);
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної висококваліфікованої та багатоаспектної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД у визначеному законодавством обсязі;
- подальшого удосконалення інформаційної системи обізнаності населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- ефективного використання потенціалу міжнародних донорських, громадських та благодійних організацій;
- розвитку партнерства у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;

– виконання у повному обсязі вимог Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом та Цілей розвитку тисячоліття.

Концепція лягає в основу розроблення програм діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади за участю органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян, розвитку наукових досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Управління та координацію роботи у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснює МОЗ за участю інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян.

Виконання основних завдань, спрямованих на досягнення мети Концепції, можливе шляхом розроблення, затвердження і виконання програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на першому (2004-2008 роки) та, з коригуванням у разі зміни епідемічної ситуації, на другому (2009-2011 роки) етапах.

Визначаються два стратегічних напрями у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу:

– запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу;  
– забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Зазначені стратегічні напрями повинні реалізовуватися шляхом виконання таких завдань:

– посилення діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади разом з органами місцевого самоврядування, а також підприємствами, установами та організаціями щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу;

– здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15-24 років;

– зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення;

– виключення можливості передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах;

– зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

– забезпечення доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;

– проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків ВІЛ-інфекції/СНІДу, розроблення вітчизняних засобів профілактики, діагностики і лікування;

– забезпечення високого рівня контролю, координації та оцінки ефективності здійснення заходів щодо боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

**Посилення діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади за участю органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу**

Робота з посилення зазначеної діяльності повинна передбачати:

– забезпечення захисту прав людини щодо ВІЛ-інфікованих осіб;

– розвиток партнерства між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, устано-



вами, організаціями та об'єднаннями громадян, що співпрацюють у сфері виконання програм забезпечення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- здійснення фінансування заходів з реалізації Концепції за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, а також інших джерел;

- установа контролю за дотриманням законодавства, його подальше удосконалення в частині посилення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та профілактичної роботи серед уразливих груп населення;

- забезпечення рівного доступу до профілактичних програм, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;

- удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, що залишилися без годувальника, діти-сироти);

- удосконалення системи соціального та правового захисту працівників, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим;

- створення умов для виховання і навчання ВІЛ-інфікованих дітей (у тому числі дітей-сиріт) у дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних та вищих навчальних закладах.

### **Здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої поведінки ВІЛ-інфікування поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15-24 років**

Для формування стійких навичок здорового способу життя та безпечної поведінки, які є ключовим елементом запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед різних груп населення, слід забезпечити:

- проведення первинної профілактики серед дітей та молоді, забезпечення доступу до засобів індивідуальної профілактики ВІЛ-інфекції;

- розроблення стратегії пропаганди здорового способу життя серед дітей та молоді, забезпечення її реалізації в дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних та вищих навчальних закладах;

- збільшення в навчальних програмах обсягу інформації з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- впровадження у засобах масової інформації сучасних інформаційно-просвітницьких програм та соціальної реклами з урахуванням особливостей аудиторії;

- відображення у державних стандартах освіти заходів, пов'язаних із формуванням навичок здорового способу життя та орієнтованих на різні групи населення, що стосуються профілактики ВІЛ-інфікування: сексуальної поведінки, репродуктивного здоров'я, вживання наркотичних засобів, культури послуг у сфері охорони здоров'я тощо;

- подальше удосконалення інформаційної системи обізнаності населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- збільшення обсягу інформаційно-просвітницької роботи, що проводиться на робочих місцях для запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення;

- розвиток мережі спеціалізованих закладів з надання соціально-психологічної допомоги молоді;

- поширення культурно-мистецьких та спортивних акцій, спрямованих на пропаганду здорового способу життя серед молоді та профілактику хвороб, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ-інфекції/СНІДу.

### **Зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення**

Очікуваний вплив на епідемічний процес може бути досягнутий за умови охоплення 60 відсотків споживачів ін'єкційних наркотиків профілактичними заходами в рамках стратегії зменшення шкоди. Розв'язання цього завдання потребує:

- розроблення та виконання профілактичних програм, спрямованих на зменшення ризику ВІЛ-інфікування серед уразливих груп населення;
- визначення механізмів зменшення шкоди;
- впровадження програми замісної терапії та її поєднання з програмами профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- розвитку мережі реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків з метою позбавлення залежності від наркотичних засобів та їх соціальної адаптації;
- розширення при державних та громадських організаціях мережі спеціалізованих служб для уразливих груп населення з метою забезпечення їх доступу до соціально-медичних, інформаційних, психологічних та юридичних послуг;
- забезпечення доступу уразливих груп населення до засобів індивідуальної профілактики ВІЛ-інфекції;
- збільшення обсягу інформаційно-просвітницьких програм і заходів, спрямованих на підвищення рівня пропаганди серед уразливих груп населення здорового способу життя;
- запровадження підходу "рівний – рівному" у проведенні профілактичних заходів серед уразливих груп населення;
- сприяння утворенню груп само- та взаємодопомоги, неурядових організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, розвитку соціологічних та епідеміологічних досліджень, з метою виявлення осіб, поведінка яких спричиняє поширення ВІЛ-інфекції.

### **Виключення можливості передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах**

Розв'язання завдання з недопущення випадків ВІЛ-інфікування через донорську кров та її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах потребує:

- повноцінного забезпечення за рахунок державного бюджету обстеження донорської крові та її компонентів на ВІЛ-інфекцію;
- розроблення та здійснення заходів із забезпечення безпеки донорської крові та її компонентів стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- удосконалення системи контролю за дотриманням технологій безпеки переробки донорської крові та її компонентів;
- вжиття заходів для недопущення випадків ВІЛ-інфікування під час надання медичної допомоги;
- удосконалення системи навчання медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів навичок роботи для забезпечення власної безпеки під час здійснення інвазійних процедур.

### **Зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини**

Робота з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини повинна спрямовуватися на максимальне зменшення частоти зараження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, забезпечення доступу до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію усіх вагітних та здійснення відповідних профілактичних заходів.

Зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини потребує:

- здійснення комплексу заходів первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку;
- пропагування серед ВІЛ-інфікованих жінок необхідності запобігання небажаній вагітності;
- забезпечення доступу вагітних до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- удосконалення роботи з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини під час вагітності, пологів та післяпологового догляду;
- впровадження сучасних методів діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

### **Забезпечення доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД**

Такі важливі заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, як лікування, догляд та підтримка, передбачають:

- розширення доступу населення до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД до антиретровірусної терапії, профілактики і лікування опортуністичних інфекцій;
- здійснення заходів, спрямованих на протидію поширенню поєднаних захворювань ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу;
- запровадження сучасних методів моніторингу і контролю якості лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- здійснення заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази центрів профілактики і боротьби із СНІДом та лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції;
- утворення центральної референс-лабораторії з питань діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу та забезпечення її діяльності;
- забезпечення догляду, підтримки та надання психосоціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;
- створення лікарень для хворих у термінальній стадії СНІДу (хоспісів);
- залучення представників неурядових організацій (зокрема Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом) до догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

### **Проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків ВІЛ-інфекції/СНІДу, розроблення вітчизняних засобів профілактики, діагностики і лікування**

Вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, епідеміології та біології збудників ВІЛ-інфекції/СНІДу та СНІД-індикаторних хвороб в Україні, розроблення вітчизняних засобів профілактики

ки, діагностики і лікування дає змогу забезпечити здійснення науково обґрунтованого контролю за ВІЛ-інфекцією/СНІДом і передбачає:

- планування, організацію та проведення наукових досліджень з питань патогенезу, діагностики і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, осіб, які страждають на СНІД-індикаторні хвороби;
- впровадження сучасних досягнень у медичну практику;
- визначення ефективності виконання державних та міжнародних програм забезпечення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- сприяння широкомасштабному інвестуванню державного, приватного та іноземного капіталу у розроблення наукових технологій, створення і виробництво засобів лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, осіб, які страждають на СНІД-індикаторні хвороби;
- забезпечення впровадження таких методів діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу та СНІД-індикаторних хвороб, як генодіагностика, біосенсиори та інші тест-системи;
- розширення обсягів виробництва якісних (високоспецифічних та високочутливих) вітчизняних тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу та СНІД-індикаторних хвороб;
- забезпечення розвитку технологій тонкого хімічного синтезу з метою створення матеріально-технічної бази для отримання комплектувальних виробів і сировини з метою виробництва вітчизняних терапевтичних, діагностичних та профілактичних засобів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

#### **Забезпечення високого рівня контролю, координації та оцінки ефективності здійснення заходів щодо боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом**

Впровадження механізму контролю і оцінки ефективності здійснення заходів, спрямованих на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу, передбачає:

- створення єдиної системи моніторингу і оцінки заходів щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу та забезпечення її функціонування;
- удосконалення системи обліку та звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу відповідно до міжнародних стандартів;
- своєчасну координацію виконання планів роботи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначення шляхів підвищення економічної ефективності здійснюваних заходів.

#### **Очікувані результати**

Реалізація Концепції дасть змогу поліпшити епідемічну ситуацію в країні, знизити рівень смертності від СНІДу і, як результат, зменшити кількість осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, що залишилися без годувальника, діти-сироти), а також знизити соціальну напругу, зумовлену поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу, забезпечити захист прав людини щодо ВІЛ-інфікованих осіб.

У результаті стабілізації епідемічної ситуації, запобігання і зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від СНІДу очікується надходження додаткових коштів до державного бюджету.

**НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА**  
**забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та**  
**лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД**  
**на 2004-2008 роки**

**Обґрунтування необхідності розроблення Програми**

Поширення ВІЛ-інфекції може призвести до найбільш катастрофічної епідемії в історії людства, що загрожує його сталому розвитку. Ситуація у різних країнах свідчить про зниження у зв'язку з цим середньої тривалості життя, збільшення попиту на медичні послуги, загострення проблем бідності та соціальної нерівності, поширення сирітства, а витрати на боротьбу з цією хворобою та подолання її негативних наслідків постійно зростають.

На розвиток ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні впливають фактори, обумовлені складною соціально-економічною ситуацією, зокрема економічною нестабільністю, рівнем бідності та безробіття, розшаруванням суспільства за рівнем доходів і, як наслідок, збільшенням кількості споживачів ін'єкційних наркотиків, поширенням проституції, недостатністю профілактичних заходів.

За прогнозами фахівців, у 2011 році майже 43 тис. осіб загинути від СНІДу, а понад 46 тис. дітей стануть сиротами через смерть їх батьків від СНІДу. Значно зменшиться потенціал вагової вікової групи населення від 15 до 24 років. Зростає навантаження на системи охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Аналіз ситуації, що склалася, та заходів щодо протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, які до цього часу проводилися в країні, свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні не вдалося припинити, не забезпечено можливість доступу до лікування хворих, які потребували антиретровірусної терапії. Інформаційно-просвітницькі та профілактичні програми не забезпечили достатнього впливу на перебіг ВІЛ-інфекції/СНІДу серед загального населення та груп ризику. Більшої узгодженості потребує також використання міжнародної технічної та фінансової допомоги, обсяги якої значно зросли протягом останніх 4-5 років. Отримання Україною кредиту Світового банку, посилення підтримки з боку міжнародної спільноти і активне залучення до співпраці неурядових організацій зумовили необхідність розроблення Програми з урахуванням Концепції, затвердженої цією постановою (далі – Концепція), міжнародних стандартів та набутого досвіду роботи з профілактики ВІЛ-інфекції, надання допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

**Мета та основні завдання**

**Метою** цієї Програми є розв'язання визначених Концепцією завдань, які передбачають запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, розширення можливості доступу до лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, активізація інформаційно-просвітницької роботи щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Програма визначає основні стратегічні напрями дій Уряду у сфері ВІЛ/СНІДу на наступні 5 років, що в свою чергу сприятиме цілеспрямованому залученню додаткових коштів на пріоритетні заходи боротьби з поширенням цього захворювання в Україні.

Програма передбачає одночасну діяльність на кількох рівнях – від формування у населення навичок безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки до забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Основними **завданнями** Програми є:

- посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ-інфекцією /СНІДом;
- сприяння зниженню рівня ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки серед різних груп населення, особливо молоді у віці 15-24 років;
- зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення;
- виключення ризику передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти;
- зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечення можливості доступу до діагностики, лікування, догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- забезпечення проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків ВІЛ-інфекції/СНІДу, розроблення вітчизняних засобів профілактики, діагностики і лікування;
- забезпечення контролю, координації, планування та ефективного використання ресурсів, необхідних для виконання Програми.

#### **Строки виконання**

Виконання Програми як перший етап реалізації Концепції передбачається здійснити протягом 2004-2008 років.

#### **Фінансове забезпечення**

Фінансування Програми здійснюватиметься відповідно до законодавства за рахунок коштів загального і спеціального фонду державного і місцевих бюджетів, а також інших джерел.

#### **Очікувані результати**

Виконання Програми дасть змогу знизити протягом наступних п'яти років темпи збільшення кількості інфікованих у країні, забезпечити лікування, догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, спрямувати зусилля всього суспільства на боротьбу проти поширення СНІДу, зокрема:

- стабілізувати епідемічну ситуацію в країні на кінець 2008 року та знизити рівень захворюваності на СНІД і смертності від неї;
- знизити рівень ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки молоді, особливо у віці 15-24 років;
- ослабити соціальну напругу в суспільстві та зменшити негативні наслідки захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

#### **Заходи з виконання Програми**

Посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

- Установити контроль за досягненням цілей Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, прийнятої 26-ю спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ-інфекції/СНІДу у червні 2001 року, та підготувати звіт.
- Установити контроль за дотриманням законодавства з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою подолання всіх форм дискримінації у сфері праці та трудових відносин, а також створення безпечних умов праці.
- Сприяти розширенню урядовими, громадськими та міжнародними організаціями заходів щодо вирішення питань боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

#### **Інформаційно-просвітницька робота**

- Забезпечити впровадження інформаційно-просвітницьких програм, інтерактивних форм роботи для здобуття знань і формування життєвих навичок

щодо зменшення вразливості до інфікування ВІЛ у навчальних та позашкільних закладах, на підприємствах та в установах.

МОН, Міністерство у  
справах сім'ї та молоді  
2004-2008

– Забезпечити доступ різних категорій населення (передусім молоді, що не навчається і не працює, батьків, військовослужбовців строкової служби) до інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на зменшення поширеності ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки та пропаганду здорового способу життя

МОН, Міністерство у  
справах сім'ї та молоді  
2004-2008

– Забезпечити підготовку, підвищення рівня кваліфікації та перепідготовку педагогічних, медичних і соціальних працівників з питань пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед шкільної та студентської молоді, курсантів, військовослужбовців строкової служби, молоді, що не навчається і не працює.

МОН, Міністерство у справах  
сім'ї та молоді  
2004-2008

*Додаток 3.18*

### **МІЖГАЛУЗЕВЕ СПІВРОБІТНИЦТВО У БОРОТЬБІ ЗІ СНІДОМ**

"Коли ми говоримо про досягнення певних успіхів у боротьбі зі СНІДОм, то повинні принципову увагу приділяти проблемі профілактики цієї хвороби, а головним завданням має стати призупинення темпів поширення СНІДу в Україні", - зазначив віце-прем'єр міністр України з гуманітарних питань під час першого засідання Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, яку було сформовано згідно з Постановою Уряду від 16.05.05 року.

Відповідний робочий орган фактично замінив собою Урядову комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДОм, головою якої за статусом був віце-прем'єр-міністр України з гуманітарних питань. Комісію було створено у жовтні 2001 року з метою реалізації державної політики у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДОм, вона мала направляти і координувати діяльність центральних та місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій, пов'язану з протидією ВІЛ/СНІДу. Отже сьогодні не тільки зміна форматів управління проблемою, але й зміна назв демонструє своєрідну корекцію пріоритетів. **Якщо раніше з ВІЛ/СНІДОм боролися, то сьогодні запобігають його розповсюдженню.**

Сьогоднішній формат управління проблемою вже якісно відрізняється від попереднього, адже це не урядова комісія, яка функціонувала раніше, але Рада, куди крім урядовців, включено представників громадських організацій, експертів, представників багатосторонніх міжурядових агенцій (за згодою). Звичайно це не відновлення Національного комітету з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД, який існував до 1997 року. При Раді планується створити секретаріат. Хочеться сподіватися, що Рада зможе реально здійснювати координаційні функції та системно працювати.

Крок створення Ради є логічним у плані реалізації вже п'ятої Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки та здійснення її основних стратегічних напрямів, серед яких **пріоритетними є забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомога та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**. Однією з ключових стратегій реалізації відповідної програми є координація зусиль державних, громадських та міжнародних інституцій. Метою Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки є розв'язання зазначеною концепцією завдань, які передбачають запобігання та поширення ВІЛ-інфекції, розширення можливості доступу до лікування ВІЛ/СНІД, активізацію інформаційно-просвітницької роботи.

Отже, згідно з положенням, Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД є робочим органом при Кабінеті Міністрів України, утвореним з метою координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, відповідних міжнародних та громадських організацій для ефективного реалізації єдиної політики, консолідованого використання коштів та вдосконалення системи моніторингу у сфері запобігання поширенню СНІДу. Її основними завданнями є розроблення та внесення на розгляд Кабінету Міністрів України пропозицій стосовно визначення пріоритетів державної політики, програм та заходів щодо поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу. Наступне завдання - сприяти консолідованому використанню коштів бюджетів різних рівнів і міжнародних громадських організацій, що призначені для фінансування відповідних програм з метою їх раціонального використання, інформування структур влади та громадськості про стан з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Відповідні зусилля Уряду щодо залучення до процесу ухвалення рішень представників громадських організації та міжнародних агенцій під час формування державної політики в плані розв'язання цієї складної для України проблеми, яка набуває все більшої актуальності є логічними, її можна тільки вітати. Адже це може посилити ефективність заходів, що здійснюються органами влади. Можна пригадати, що раніше діяльність урядової Комісії носила здебільшого ритуальний характер, а програми, які розроблялися, були недостатньо ефективними. Про це свідчило не лише невпинне зростання зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (зростання кількості ВІЛ-інфікованих може пов'язуватись із поліпшенням діагностики), але й фінансування запропонованих заходів. Наприклад, у Програмі профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 роки, розробленій Українським Урядом, з 89 заходів, які було заплановано здійснити у рамках цього документу, переважна більшість не мала власних рядків у держбюджеті або у витратах державних установ, що несли відповідальність за їх реалізацію. Фінансування здійснювалося традиційно за залишковим принципом. Значна кількість запропонованих програм щодо інформаційно-освітньої роботи з дітьми та молоддю, просвітницька діяльність ЗМІ, попередження поширення ВІЛ серед населення фінансувалася за допомогою донорів.

У той же час, все більшу стурбованість викликає ситуація, пов'язана з тим, що держава витрачає на розв'язання відповідних проблем недостатньо власних ресурсів. Згідно з офіційною інформацією Міністерства охорони здоров'я, в даний час антиретровірусну терапію в Україні отримують більш ніж 1600 осіб, з них 137 - за рахунок бюджетних асигнувань, інші - за рахунок гра-



нту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та інших джерел. Звичайно, державне фінансування лікування є замалим, але, як не парадоксально, для України це хоч і незначний, але своєрідний прогрес. Наприклад, у 2002 році отримувало лікування лише 35 осіб, хоча за даними МОЗ України станом на 1 січня 2003 року хворими на СНІД були 4260 осіб, з яких 140 - діти. Лікування ВІЛ/СНІДу полягає у застосуванні комбінованої антиретровірусної терапії, яка дозволяє продовжити стадію безсимптомного вірусноносійства і відстрочити клінічні прояви СНІДу. В той же час, ще на початку реалізації проекту ВООЗ оцінили потреби у лікуванні в Україні на рівні 15 тисяч осіб.

До речі, проект Глобального фонду, що адмініструється "Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні", запровадження якого в Україні можна тільки вітати, має назву "Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні". Це загальноукраїнська програма з бюджетом понад 20 мільйонів доларів США на півтора роки. В українських бюджетах цифри дещо інші. Зокрема, згідно з офіційною інформацією, в 2004 році в рамках Національної програми було виділено майже 17 млн. грн. Цього року фінанси є більшими - в 2005 році фінансування з держбюджету на реалізацію Національної програми збільшено до 34,2 млн. грн. Проте, порівняно з коштами донорів, що направлені на розв'язання проблем профілактики поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні та на лікування хворих на СНІД - відповідне державне фінансування не йде у жодне порівняння.

*Ю.Кисельова, аналітик УНЦПД*

**ПОЛОЖЕННЯ**  
**про Національну координаційну раду з питань**  
**запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу**  
*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України*  
*від 16.05.05 р. N 352*  
*(витяг)*

1. Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – Рада) є робочим органом, створеним при Кабінеті Міністрів України з метою координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, відповідних міжнародних та громадських організацій, включаючи організації людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, для ефективної реалізації єдиної політики, консолідованого використання коштів та удосконалення системи моніторингу у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу.

2. У своїй діяльності Рада керується Конституцією ( 254к/96-ВР ) і законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, а також цим Положенням.

3. Основними завданнями Ради є:

– розроблення і внесення на розгляд Кабінету Міністрів України пропозицій стосовно визначення пріоритетів державної політики, програм та заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;

– сприяння консолідованому використанню коштів бюджетів різних рівнів і міжнародних та громадських організацій, що призначені для фінансування програм з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, з метою їх раціонального та ефективного використання;

– інформування Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та громадськості про стан справ з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- розроблення і внесення на розгляд Кабінету Міністрів України проєктів актів з питань забезпечення виконання програм та заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- проведення моніторингу за виконанням зазначених програм та заходів.

### **ПОСАДОВИЙ СКЛАД**

#### **Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу**

*затверджено Постановою Кабінету Міністрів України  
від 16.05.05 р. N 352*

1. Віце-прем'єр-міністр України - голова Ради
2. Заступник Міністра охорони здоров'я - заступник голови Ради
3. Заступник Міністра освіти і науки
4. Заступник Міністра у справах молоді та спорту
5. Заступник Міністра праці та соціальної політики
6. Заступник Голови Державного департаменту з питань виконання покарань
7. Представник місцевих органів виконавчої влади
8. Народний депутат України (за згодою)
9. Представник центрів СНІДу
10. Представник неурядових організацій (за згодою)
11. Два представники організацій людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, один з яких є заступником голови Ради (за згодою)
12. По одному представнику від представництв ООН в Україні та інших багатосторонніх міжурядових агенцій (за згодою)
13. Представник двосторонніх міжурядових організацій (за згодою)
14. Представник міжнародних неурядових організацій (за згодою)
15. Представник приватних організацій (за згодою)

*Додаток 3.19*

### **ПРЕЗЕНТАЦІЯ “ЛЮДИ ТА ВІЛ”**

**для викладачів і студентів педагогічних ВНЗ**  
*розроблено за підтримки Міжнародного Альянсу  
з ВІЛ/СНІД в Україні*

"Коли ми говоримо про досягнення певних успіхів у боротьбі зі СНІДом, то повинні принципову увагу приділяти проблемі профілактики цієї хвороби, а головним завданням має стати призупинення темпів поширення СНІДу в Україні".

*(Це слова віце-прем'єр міністра України з гуманітарних питань під час першого засідання Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (травень 2005 р.).*

#### **Перше знайомство**

Перші відомості про збудника нової хвороби, пов'язаної з важкими розладами імунної системи людини, з'явилися у травні 1983 року. Фахівці лабора-

торії Люка Монтаньє з Інституту Пастера у Парижі та Роберта Галло з Національного інституту раку в Бетесде (США) описали один і той же вірус, що викликає синдром набутого імунodefіциту (СНІД).

Вірус, що викликає СНІД, у 1986 році було вирішено називати вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ).

*(Ніколи відкриття вірусу не викликало такого широкого суспільного резонансу. По-перше, це породило міф про особливо небезпечну інфекційну хворобу, яка отримала побутову назву "Чума ХХ століття", і викликало швидке формування певних стереотипів по відношенню до ВІЛ-інфікованих. По-друге, - зумовило надзвичайно велике фінансування наукових розробок з проблематики ВІЛ. Внаслідок цього нам сьогодні відомо про цей вірус значно більше, ніж про інших збудників хвороб.*

*Та, незважаючи на активні дослідження, СНІД і сьогодні залишається хворобою, що неодмінно призводить до смерті хворого.)*

### **Від перших випадків до світової пандемії**

За період з 1983 р. до цього часу у світі інфіковано різними шляхами понад 60 млн людей.

Понад 20 млн з них померло, залишивши понад 14 млн дітей-сиріт, частина з яких також ВІЛ-позитивні, або хворі на СНІД.

Кількість дітей, які живуть з ВІЛ/СНІД перевищує 2,5 млн.

Кожного дня інфікується приблизно 6 тисяч молодих людей віком від 15 до 24 років.

За прогнозами фахівців до 2020 року в 45 країнах світу, які найбільш уражені епідемією, від СНІДу передчасно загине майже 70 млн людей.

### **Стадії розвитку епідемії**

1. **Початкова стадія** – хвороба реєструється в основному серед людей з високим рівнем ризику інфікування.
2. **Концентрована або локалізована стадія** – розповсюдження ВІЛ серед груп населення з високим рівнем ризику інфікування.
3. **Генералізована стадія** – ВІЛ-інфекція укорінюється серед усіх прошарків населення і основним шляхом її передачі стає статевий.

### **ВІЛ/СНІД в Україні**

У 1987 році було вперше виявлено 6 українців та 70 іноземців, інфікованих ВІЛ.

До 1994 року було зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих.

У 1994 році серед інфікованих ВІЛ вперше були виявлені споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН).

До середини 2005 року діагноз "ВІЛ-інфекція" підтверджено майже у 77 тис українців.

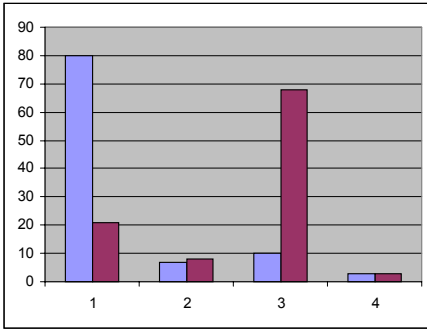
Майже 9 тис ВІЛ-інфікованих - діти, 98% з них народжені ВІЛ-інфікованими матерями.

Понад 5,5 тис людей уже померли від СНІД, серед них - 156 дітей.

Щомісяця в Україні реєструється 800-900 нових випадків інфікування ВІЛ.

За прогнозами кількість ВІЛ-інфікованих в Україні до 2010 року може становити понад 500 тис осіб.

## Шляхи зараження ВІЛ:



1. Статевий.
2. Перинатальний  
(від матері до дитини).
3. Ін'єкційне споживання наркотиків.
4. Інші.

– у світі – світлим  
– в Україні – темним

Переважаання статевого шляху інфікування свідчить про генералізовану стадію розвитку епідемії ВІЛ/СНІД у більшості країн світу.

Співвідношення шляхів зараження ВІЛ в Україні вказує на концентровану стадію розвитку епідемії.

Якщо за кумулятивним показником з 1987 року на початок 2004 року кількість ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків становила 77,2%, то у лютому 2005 року цей показник знизився до 69,2%. А серед вперше зареєстрованих у 2005 році випадків інфікування ВІЛ - СНІ становлять лише 55-56%.

Зменшення відсотку СНІ серед ВІЛ-інфікованих та зростання кількості випадків зараження статевим шляхом **вказує на перехід до генералізованої стадії розвитку епідемії в Україні.**

## Будова ВІЛ

Вірус імунодефіциту людини – це складний РНК-вмісний вірус. Крім молекули РНК ВІЛ вкритий білковою оболонкою та глікопротеїдами. Вони утворюють на поверхні вірусної часточки грибоподібні вирости. Основна функція виростів – розпізнавання специфічних рецепторів на поверхні клітини-хазяїна. Таким рецептором в організмі людини є молекули D4, що зазвичай розміщуються на мембрані Т-лімфоцитів. Молекули D4 зустрічаються і на поверхні деяких інших клітин людини, наприклад, моноцитів.

## Процеси життєдіяльності ВІЛ

Після проникнення ВІЛ в ядро клітини-хазяїна, відбувається синтез ДНК на основі генетичного матеріалу вірусу. Цей процес має назву зворотної транскрипції. Вірусний фермент, що її забезпечує, називається зворотною **транскриптазою** або **ревертазою**.

Молекула ДНК, що утворюється (провірус), вбудовується в геном людини за допомогою ферменту **інтегрази**. Провірус, у подальшому, забезпечує синтез компонентів нових вірусів.

Остаточне формування вірусу, здатного інфікувати інші клітини, здійснюється вірусним ферментом **протеазою**.

Генетичний апарат ВІЛ має гени, що забезпечують утворення ферментів, які прискорюють у тисячі разів процес транскрипції. Наявність цих ферментів пояснюється "плодючість" ВІЛ.

Існуючі сьогодні методи лікування ВІЛ-інфекції спрямовані на інгібування вище названих ферментів.

### **Стійкість ВІЛ**

При кімнатній температурі, як у сухому вигляді так і в розчині, зберігає активність до 4 діб (можливо і більше).

Втрачає активність при 10-хвилинній обробці хлорним вапном або 70% розчином спирту.

Гине під дією спирту, ацетону, ефіру.

Швидко втрачає активність при нагріванні та відразу гине при нагріванні до 100<sup>0</sup> С.

### **Мінливість ВІЛ**

Практично відразу після перших повідомлень про ВІЛ з'явилась інформація про його надзвичайно високу мінливість. Швидкість генерації помилок у ревертази ВІЛ настільки висока, що в природі, очевидно, немає двох абсолютно ідентичних геномів ВІЛ. Навіть у одного хворого варіативність вірусу часто складає 15%, а розходження між вірусами, виділеними в різних країнах, часом досягає 40-50%. Ця варіативність дуже ускладнює процес розробки універсальної вакцини.

Сьогодні виділяють два види вірусу: ВІЛ-1 та ВІЛ-2.

ВІЛ-1 розповсюджений в усьому світі, зокрема у Європі та Америці. ВІЛ-2 переважає в інфікованих та хворих в Африці.

Сьогодні в міжнародній базі даних є інформація про геноми понад 25 тисяч варіантів ВІЛ-1.

### **Походження ВІЛ**

Питання про те, як і коли з'явився вірус імунодефіциту людини остаточно не з'ясоване.

Недостатні знання породжують необґрунтовані гіпотези. Наприклад, ВІЛ – нова біологічна зброя, створена американцями (росіянами), або - ВІЛ давно існує у світі, але він не пов'язаний з розвитком СНІДу.

Від успішного з'ясування питання про походження ВІЛ у значній мірі залежить винайдення ефективних методів вакцинопрофілактики та лікування ВІЛ-позитивних людей.

### **Факти щодо походження ВІЛ**

1. Сьогодні відкриті численні віруси імунодефіциту мавп (ВІМ). ВІМ не викликають СНІДу у природних хазяїв. Зелені мавпи, наприклад, самі не хворіють, однак можуть заражати мавп інших видів. Так, у Японських макак, що ніколи не стикались з ВІМ, розвивається інфекція з симптомами СНІДу, яка закінчується летально.

2. Встановлено, що ВІЛ-2 близький до одного з мавп'ячих вірусів, який виділяється в Африці в природних популяціях димчастих мангобеїв.

3. Описано кілька випадків зараження людей, причому в інфікованих розвивались всі симптоми, зумовлювані ВІЛ-2.

4. Експериментальне зараження димчастих мангобеїв ВІЛ-2 приводило до розвитку хронічної інфекції без будь-яких симптомів СНІДу.

***Отже, інфекція, викликана ВІЛ-2 - типовий зооноз. Природний резервуар вірусу знаходиться в популяції димчастих мангобеїв (Cercopithecus atys) у Західній Африці.***

### Гіпотези щодо походження ВІЛ-1

Відомі декілька випадків виявлення вірусів, що нагадують ВІЛ-1, у шимпанзе.

Аналіз вірусних геномів дозволяє зробити **припущення**: природним резервуаром ВІЛ-1 може бути один з підвидів шимпанзе *Pan troglodytes*.

**Вважається**: що вірус принаймні тричі "переступав" міжвидовий бар'єр.

### Коли з'явився ВІЛ

**Гіпотеза 1.** Самий ранній зразок крові, що містить ВІЛ-1, виявлений у місті Кіншаса (Конго), датований 1959 роком. Припускають, що вірус потрапив у людську популяцію десь близько 1940 року (можливо і раніше).

**Гіпотеза 2.** Професор Роберт Гаррі (США) вважає, що легка форма ВІЛ існувала в популяції людей сотні й тисячі років. Поява тяжкої форми СНІД – результат мутації вірусу, що мала місце у період від 1910 до 1940 року.

### Взаємозв'язок ВІЛ і СНІД

Понад 5000 учених усього світу підписали Дубайську Декларацію, у якій підтверджується, що ВІЛ-1 і ВІЛ-2 є причиною СНІДу:

- усі хворі на СНІД інфіковані ВІЛ;
- при відсутності лікування у ВІЛ-інфікованих через 5-10 років з'являються ознаки СНІДу;
- більшість дітей, у яких розвивається СНІД, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів;
- фармакологічні препарати, що блокують реплікацію ВІЛ, сповільнюють перехід захворювання в стадію СНІДу.

### Динаміка змін ставлення суспільства до епідемії ВІЛ/СНІД

1. Незначне розповсюдження хвороби, що супроводжується офіційним невизнанням можливості її розповсюдження в країні.

2. Розповсюдження хвороби, в основному, серед представників груп підвищеного ризику (сексуальні меншини, працівники секс-бізнесу, споживачі ін'єкційних наркотиків, ув'язнені), що супроводжується їх дискримінацією і стигмацією. Таке ставлення переноситься на всіх ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

3. Вихід інфекції за межі стигматизованих груп викликає зміну ставлення суспільства до проблеми – розробку і впровадження загальнодержавних заходів щодо призупинення епідемії (стадія, в яку вступила Україна).

4. На цій стадії країна витрачає більше коштів на лікування хворих, ніж на проведення профілактики. Високий рівень смертності та розповсюдження хвороби негативно впливає на економіку країни.

(**Стигма** – знак ганьби або суспільного осудження. ВІЛ-позитивний статус може бути причиною стигмації, якщо у суспільстві є упереджене ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

**Толерантність** – неупереджене відношення і неосудження людей, які належать до маргінальних груп, та тих, які живуть з ВІЛ.

У 1987 році в США агресивно налаштовані люди спалили сім'ю в її власному будинку, оскільки не хотіли, щоб діти з цієї сім'ї ходили до загальноосвітньої школи.)

### **Глобальні цілі світової спільноти щодо епідемії ВІЛ/СНІД**

1. У 1987 році заснована Глобальна програма ВООЗ з проблеми СНІД.
2. На зміну цій програмі у 1996 році створена Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), у рамках якої співпрацюють сім установ ООН: Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН), Фонд народонаселення (ЮНФПА), Програма ООН з міжнародного контролю над наркотиками (ЮНДКП), Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки та культури (ЮНЕСКО), Всесвітня організація охорони здоров'я та Всесвітній банк.
3. Країни-члени ООН у 1999 році взяли на себе зобов'язання досягти суттєвого зниження рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції серед молоді в найбільш постраждалих країнах до 2005 року, а у світовому масштабі - до 2010 року.
4. У 2003 році Україна отримала грант Глобального фонду на подолання епідемії та її наслідків у розмірі 92 млн. доларів США на період 2003-2007 роки.

### **Законодавство України про СНІД**

1. Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", 1998 р.
2. Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу", 2000 р.
3. Постанова Кабінету Міністрів України "Про створення урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу", 2001 р.
4. Постанова Верховної Ради України "Про рекомендації парламентських слухань на тему: "Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх вирішення", 2004 р.
5. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року", 2004 р.
6. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки", 2004 р.
7. Постанова Кабінету Міністрів України "Про створення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу", 2005р.

### **Шляхи зараження ВІЛ**

Джерелом ВІЛ-інфекції може бути лише людина-вірусоносіє або людина, хвора на СНІД. Безпосередньо вірус передається через рідини її організму – кров та препарати, що готуються на основі крові без термічної обробки, сперму, виділення статевих шляхів та грудне молоко.

Концентрація вірусу в сльозах, слині та сечі настільки незначна, що вірогідності інфікування цими рідинами майже не існує.

#### ***ВІЛ-інфекція може потрапити в організм:***

- з кров'ю, спермою, виділеннями статевих шляхів або грудним молоком, що містять вірус, на відкриті рани, порізи і подряпини на шкірі та слизових оболонках;
- при переливанні інфікованої крові та введенні її препаратів;
- при використанні нестерильного колючих та ріжучих інструментів, на яких є залишки інфікованої крові чи інших рідин (при ін'єкції наркотиків одним

шприцом, татуюванні, ножицями для манікюру та педикюру, хірургічним та стоматологічним інструментарієм).

**Основні шляхи зараження ВІЛ:**

- статевий шлях (при ризикованій статевій поведінці). Вірогідність інфікування значно посилюється при наявності венеричних хвороб у партнерів;
- гемотрансфузійний шлях (до 2% від ВІЛ-інфікованих) та введення препаратів крові, що використовуються при лікуванні гемофілії (рівень зараженості ВІЛ хворих на гемофілію сягає 50-80%);
- при внутрішньовенному введенні наркотиків з використанням одного шприца. Вірогідність зараження знаходиться в межах 50-80%);
- від ВІЛ-інфікованої матері до дитини через кров, навколоплідну рідину, грудне молоко; під час вагітності, пологів та вигодовування груддю. Загальний ризик інфікування – 25-40%.

*(Вірогідність зараження медичного персоналу при контакті з кров'ю, що містить ВІЛ, не перевищує 0,2%. Вірогідність зараження при контакті з кров'ю хворого на гепатит b сягає 7-30%.)*

Низький і суто теоретичний ризик зараження існує при:

- татуюванні, голковколюванні, епіляції, голінні тощо;
- оральному сексу;
- уринотерапії, з використанням сечі, що містить вірус;
- під час бійки з пошкодженням шкіри і кровотечами.

Епідеміологічних даних, що підтверджують ці шляхи зараження немає.

**Діагностика ВІЛ**

Найпоширеніший метод діагностики ВІЛ-інфекції - *імуноферментний аналіз (ІФА)*, що дозволяє виявити в сироватці крові антитіла до ВІЛ.

Оскільки антитіла до ВІЛ з'являються лише через 1-3 місяці після зараження, в цей час виявити наявність інфекції неможливо (діагностичне "вікно").

ІФА може давати псевдопозитивні результати при наявності у пацієнта хронічних інфекцій, аутоімунних або онкологічних захворювань тощо.

Для підтвердження ВІЛ-позитивного діагнозу використовують більш чутливий тест - *імуноблот*.

В Україні пройти тестування на наявність ВІЛ-інфекції можна в спеціалізованих кабінетах. Про їхнє місце знаходження можна довідатись у районній поліклініці.

Тестування буває двох видів: конфіденційне й анонімне.

Конфіденційність результатів тестування повинна строго дотримуватись.

Оскільки ІФА може давати і псевдонегативний результат, то у випадках, коли зверненню до діагностичного центру передувала ризикована ситуація, необхідно повторне діагностування.

***Наявність діагностичного "вікна" створює ризик зараження при трансфузії донорської крові.***

**Зняття ВІЛ-позитивного статусу**

Зняття діагнозу "ВІЛ-інфекція" стосується лише дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів. Незалежно від ВІЛ-статусу дитини, материнські антитіла до ВІЛ зберігаються в її крові до 1-3 років, і лише після цього, якщо антитіла цілком зникли, дитина визнається ВІЛ-негативною.



## **Симптоми ВІЛ**

У деякого з ВІЛ-інфікованих через незначний час після зараження можуть з'явитися симптоми гострої стадії ВІЛ-інфекції (підвищена до 37,5-38<sup>0</sup> С температура і збільшення лімфовузлів). Як правило, вони тривають до 2-3 тижнів і проходять самі. Їх важко відрізнити від симптомів звичайної застуди або грипу.

Безсимптомна фаза ВІЛ-інфекції може тривати довгі роки. У цей період дізнатися про наявність і розвиток ВІЛ в організмі можна лише завдяки спеціальній діагностиці.

***ВІЛ-інфікована людина, яка не знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може бути джерелом зараження оточуючих.***

Практично всі симптоми, що з'являються при ВІЛ-інфекції і СНІДі, можуть бути схожими на симптоми якого-небудь іншого захворювання. У зв'язку з цим без аналізу на ВІЛ неможливо встановити, чи є даний симптом ознакою ВІЛ/СНІДу.

## **СНІДофобія**

СНІДофобія – форма прояву психічного розладу, який зветься іпохондрією.

У частини людей вона перетворюється на нав'язливу поведінку, що не дає можливості вести звичний спосіб життя, позбавляє здатності працювати і може реально зашкодити здоров'ю.

Навіть якщо ВІЛ-негативний статус підтверджений усіма можливими методами, паніка і страх можуть залишитися і людина, хвора на іпохондрію, нічого не зможе з ними зробити.

СНІДофобія – закляття, яке супроводжує епідемію ВІЛ/СНІДу з самого її початку. Для розвитку іпохондрії ВІЛ – ідеальний фактор, бо це стигматизоване захворювання, що супроводжується існуванням безлічі ірраціональних страхів і абсурдних упереджень:

- у суспільстві сформоване уявлення про ВІЛ як про "особливо небезпечну інфекційну хворобу";
- ймовірність передачі ВІЛ значно перебільшується;
- "симптоми ВІЛ" знайти в себе занадто просто, оскільки вони схожі на симптоми застуди, хронічної втоми або яке-небудь висипання;
- "підхопити" ВІЛ можна в будь-який момент, досить лише одного захищеного контакту.

Елементи СНІДофобії є у багатьох людей, що закладає основу для прояву дискримінації по відношенню до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД і їх стигматизації.

## **Дискримінація і стигматизація людей, що живуть з ВІЛ в Україні**

Результати соціологічних досліджень, проведених в Україні "СНІД-Фонду Схід-Захід" у 2004 році показали:

- ставлення суспільства до ВІЛ-позитивних людей негативне, що проявляється у їх дискримінації і стигматизації. Наслідок – ВІЛ-позитивні особи переважно приховують свій статус;
- найбільш дискримінуючими групами суспільства є медичний персонал, роботодавці, працівники сфери освіти та представники правоохоронних органів;
- основною причиною негативного ставлення до ВІЛ-позитивних є хибні стереотипи, що сформувалися на початку епідемії ВІЛ/СНІД ("СНІД – чума ХХ століття" та "Вірусом імунодефіциту людини може інфікуватися лише представник маргінальних груп");

- значна частина респондентів виступають за ізоляцію ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- у більшості респондентів ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД викликають почуття страху і жалю.

*(Абсолютно необґрунтованим є віднесення ВІЛ до категорії “особливо небезпечних” інфекцій. Ця хвороба не заразніша, ніж вірусний гепатит, сифіліс, туберкульоз, а тим більше грип. Профілактика ВІЛ-інфекції не потребує ізоляції хворих або носіїв вірусу, проведення будь-яких карантинних заходів. Попередити її розповсюдження можливо шляхом виконання універсальних правил гігієни та відповідної безпечної поведінки, що базується на певних знаннях. Тому ставити ВІЛ/СНІД по рівню контагіозності в один ряд з такими карантинними інфекціями як чума, віспа, холера і т. ін., не тільки недоцільно, а й шкідливо. Це заважає здійсненню правильно спрямованих профілактичних заходів щодо призупинення епідемії та порушує права людини і захист її від дискримінації.)*

**Соціальними наслідками негативного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ, є:**

- відмежування від проблеми подолання епідемії ВІЛ/СНІД;
- порушення прав і свобод людей, що живуть з ВІЛ та їх близьких.

Зміна ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, **усвідомлення того, що “ВІЛ/СНІД стосується кожного” – необхідна умова подолання епідемії в Україні.**

### Лікування ВІЛ/СНІД

Існує два основних напрями досліджень стосовно лікування ВІЛ/СНІД:

1. Розробка фармакологічних препаратів, які роблять організм людини несприйнятливим до вірусу імунодефіциту (вакцина проти ВІЛ). Ці дослідження зосереджені на протидії вторгненню вірусу в D4-клітини. На жаль, такого препарату ще не існує.

2. Розробка препаратів, які пригнічують різні етапи життєдіяльності вірусу:

- фармакологічні форми, що пригнічують активність *зворотної транс-криптази (антиретровірусна терапія)* – найбільш розроблені на сьогоднішній день;
- **препарати, що ігнбують активність інтегрази** – успішних розробок ще не існує;
- **інгібітори протеази** блокують дозрівання нових вірусів – розроблена велика кількість ефективних препаратів.

Використання протівірусної терапії дозволяє значно подовжити безсимптомну стадію розвитку СНІД.

На жаль, вартість фармакологічних препаратів, спрямованих безпосередньо проти ВІЛ, дуже висока (до 5 тис гривень на місяць). Це обмежує їх застосування в Україні. З цієї ж причини мають місце дискримінаційні санкції по відношенню до ВІЛ-інфікованих з боку страхових компаній.

### Замісна терапія для наркозалежних

Замісна терапія – це перехід наркозалежних до вживання **метадону** (наркотичної речовини), що відкриває можливість їх соціальної реабілітації. Тільки за таких умов можливе застосування протівірусної терапії по відношенню до споживачів ін'єкційних наркотиків, які мають ВІЛ-позитивний статус.

### Лікування ВІЛ/СНІД (продовження)

Вірус вражає не лише ***T-лімфоцити***, які мають короткий термін життя, але й клітини з довгим терміном життя, такі як ***моноцити і макрофаги***. Ці клітини можуть зберігати в собі велику кількість вірусу і не гинути при цьому. Вони служать резервуаром вірусу в організмі. Вірус у таких резервуарах неактивний і невразливий для існуючих противірусних препаратів. Це головна перешкода на шляху до повного знищення ВІЛ в організмі, тобто – до одужання.

Сьогодні, як і 20 років тому, ми повинні пам'ятати, що ***зараження ВІЛ відбувається лише у певних ситуаціях, і його можна уникнути.***

### Профілактика ВІЛ-інфекції

Існує дві стратегії профілактики ВІЛ-інфекції (це стосується всіх інфекційних хвороб, зокрема тих, що передаються статевим шляхом):

- формування захищеної поведінки, що забезпечує уникнення потенційної можливості ВІЛ-інфікування;
- заходи щодо охорони суспільного здоров'я.

За відсутності ефективних медичних засобів уникнення зараження ВІЛ (наприклад, вакцинації) або лікування, ***превентивна просвітницька робота*** в різних її формах і з різними цільовими групами – ***основа подолання епідемії ВІЛ/СНІД.***

Серед цільових груп слід виділити дві категорії:

1. Люди з високим ризиком зараження ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, представники сексуальних меншин і представники секс-бізнесу, хворі на венеричні хвороби, безпритульні, ув'язнені тощо).
2. Діти і молодь (основна частина нових випадків інфікування ВІЛ має місце серед молодих людей віком від 15 до 25 років).

***Головний напрям профілактичної діяльності серед молоді – освіта в галузі здоров'я на основі формування життєвих навичок.***

*Додаток 3.20*

### ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

Значна кількість тих, хто потребує антиретровірусної терапії – наркозалежні. Для того, щоб лікування цієї групи стало можливим – потрібне введення замісної терапії. Остання застосовується в наркологічній практиці багатьох країн, її відкрито в 60-х роках минулого століття, а широке розповсюдження в Європі та США було зумовлене поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу. Сьогодні такий вид терапії застосовується в Австралії, Таїланді, Гонконгу, Німеччині, Великобританії, Ірландії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Австрії, Канаді.

Застосування зазначеної терапії полягає у переході наркозалежних від наркотичних речовин одного різновиду до інших, переважно ***метадону***. Метадон сприяє тому, що можна вважати соціальною реабілітацією наркозалежних. Навіть приймаючи наркотичну речовину, вони повертаються до соціальних зв'язків. При лікуванні СНІДу без реалізації програми замісної терапії фактично не існує гарантій того, що наркозалежні систематично прийматимуть препарати. В Україні формально є нормативна база для введення замісної терапії, яка зафіксована у програмах боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. У той же час, ті, хто заперечує проти замісної терапії наркозалежності, вбачають в ній легалізацію наркотиків.

### СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОМАНІЇ В США

Понад половину американських старшокласників експериментують з нелегальними наркотиками, ще більше вживають алкоголь. Підлітки зазвичай знають, що існує різниця між експериментуванням, проблемним вживанням і залежністю, а також, що вживання одного наркотику не обов'язково призводить до вживання інших.

Підлітки роблять свій власний вибір щодо алкоголю і наркотиків так само, як і ми, дорослі. Як і ми, вони іноді роблять помилки. І оскільки ми не можемо бути разом з ними постійно і завжди захищати їх, ми повинні навчитися довіряти своїм дітям, коли вони знаходяться поза нашим доглядом. На нас, батьках і вчителів, лежить відповідальність за те, щоб залучити підлітків до діалогу, слухати їх і надавати їм підтримку й інформацію, коли вони матимуть в цьому потребу.

Безумовно, утримання від вживання наркотиків – це те, чого б ми бажали для своїх дітей, але така глобальна мета навряд чи досяжна.

Навчальні програми повинні враховувати, що підлітки здатні розбиратися в складних питаннях і приймати рішення, які зумовлять їх безпеку. Програми повинні пропонувати достовірну інформацію, враховувати різницю між вживанням та зловживанням наркотиків і підкреслювати значення безпечної поведінки. Необхідно брати до уваги вікову специфіку підлітків, їх участь у процесі навчання і надавати об'єктивні, науково обґрунтовані інформаційні матеріали.

Існуючі сьогодні профілактичні програми в США за оцінками експертів – малоефективні. Це пояснюється тим, що вони ґрунтуються на упереджених соціальних стереотипах, а останні, в свою чергу, на сформованих у суспільстві міфах (*"Вживання наркотиків і зловживання ними - це одне й те ж"*, *"Маріхуана – трамплін до таких наркотиків як героїн і кокаїн"*, *"Перебільшення ризику, пов'язаного з вживанням наркотиків, утримає молодь від експериментів з ними"*). Тому ці програми, значною мірою, сприяють дезінформації підлітків і підривають їхню довіру до батьків і вчителів. Програми, спрямовані на реалізацію лише ідеї утримання, в основному ігнорують тих підлітків, які вже вживають наркотики.

Всупереч декларованій цінності здорового способу життя без наркотиків, американців постійно закликають вживати різні речовини і лікуватися ними. Серед них - алкоголь, тютюн, кофеїн, ліки по рецепту і без нього.

Вживання підлітками наркотиків у сучасному суспільстві – це відображення загальних тенденцій американського життя. Деякі психологи навіть висувають аргументи на користь того, щоб у нашому культурному контексті експерименти підлітків з дозволеними і забороненими речовинами, які впливають на свідомість, розглядалися як нормальні, а не девіантні.

Дорослі звичайно розрізняють вживання і зловживання і підлітки теж швидко вчаться розуміти цю різницю. Більшість спостерігають, як їхні батьки та інші дорослі вживають алкоголь, який є наркотиком, не зловживаючи ним. Багато хто також знає, що їхні батьки у свій час вживали нелегальні речовини і не стали наркоманами.

Прагнучи запобігти підлітковому експериментуванню з наркотиками, деякі програми профілактики занадто часто роблять вигляд, що розходжень між вживанням і зловживанням немає. Деякі користуються цими термінами як синонімами. Інші програми перебільшують поняття "вживання", визначаючи

будь-яке вживання нелегальної речовини більше одного разу як наркозалежність. Профілактичні програми, що стирають різницю між поняттями "вживання" і "зловживання", не сприймаються підлітками оскільки особистий досвід підказує їм, що запропонована інформація недостовірна. Профілактична робота буде значно ефективнішою, якщо вчителі послідовно й чесно розмежуватимуть ці поняття. Тим більше, що результати соціальних досліджень доводять – переважна більшість підлітків, які експериментували з наркотиками, не стали наркоманами. Лише один із ста споживачів маріхуани починає в подальшому вживати героїн або кокаїн. Але це не означає, що слід підтримувати подібне експериментування молоді.

Серед батьків, викладачів і політиків поширена віра в те, що усвідомлення підлітками небезпеки експериментів з наркотиками буде утримувати від їх вживання. У зв'язку з цим, багато профілактичних програм містять інформаційні повідомлення, побудовані на перебільшенні небезпеки прийому наркотиків.

На жаль, таке перебільшення дає негативні наслідки. Коли в один ряд ставлять загрозу від вживання "легких" наркотиків (наприклад, маріхуани) і "важких" (наприклад, героїну), то підлітки, переконавшись на власному досвіді, що вживання маріхуани не призводить до швидкого розвитку залежності, переносять цей досвід на "важкі" наркотики. Дезінформація призводить до того, що підлітки ігнорують попередження дорослих і наражають себе на реальну небезпеку.

Поліпшення якості і полегшення доступу до "важких" наркотиків разом з небажанням підлітків прислухатися до попереджень, яким вони не вірять, привели до того, що сьогодні значно зросла кількість летальних передозувань.

Більшість ліцензованих освітніх програм по наркотиках спрямовані тільки на те, щоб запобігти їхньому вживанню. Після закликів до утримання від наркотиків урок закінчується. При цьому не надається ніякої інформації про те, як уникнути проблем або запобігти зловживанню тим, хто вже експериментує. Повне утримання розглядається як єдиний показник успіху і кінцева мета "навчання".

### ***Безпека насамперед: підхід, заснований на реаліях.***

Подобається нам чи ні, багато підлітків будуть продовжувати експериментувати з наркотиками, а деякі з них стануть вживати їх регулярно. З цього не витікає, що вони погані хлопці, а ми погані батьки. Просто реальність така, що на сьогоднішній день в Америці споживання наркотиків стало частиною підліткової культури і більшість молодих людей пройде цей етап життя, не заподіявши собі шкоди. Застерегти підлітків від шкоди під час цього періоду життя і повинно стати нашим завданням. Для його виконання ми маємо продумати і вжити всіх заходів безпеки.

Сучасний підхід до організації профілактичної роботи, що ґрунтується на реаліях, повинен включати обов'язкові програми, спрямовані на попередження формування наркотичної залежності й ґрунтуватись на:

- розвитку в підлітків навичок прийняття відповідальних рішень;
- правдивій, науково обґрунтованій інформації;
- розумінні різниці між епізодичним вживанням і зловживанням речовин, що впливають на свідомість;
- інформуванні про юридичні наслідки, до яких може призвести вживання наркотиків;
- приматі захищеної свідомої поведінки підлітка.

Ми не повинні залишати поза увагою підлітків, які вживають алкоголь або інші наркотики. Підкреслюючи цінність моделі утримання, нам слід мати про запас стратегію, яка б забезпечувала підлітків достовірною інформацією, завдяки якій вони звели б до мінімуму шкоду собі й оточуючим.

М. Розенбаум

Додаток 3.22

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ

Насамперед, необхідно відзначити, що просвітньою і профілактичною роботою слід займатися з усіма групами населення, які можуть підлягати ризику зараження, а не лише з тими, котрі в даний момент знаходяться в самому вразливому положенні, або серед яких найбільше виявлено нових випадків ВІЛ-інфекції.

Не так просто донести рятівну інформацію до тих, для кого вона призначена. Ще складніше змусити цих людей *змінити звичну поведінку*. Для цього проводяться акції, випускаються профілактичні матеріали, розробляються комплексні програми.

Одноразові акції – такі, як благодійний концерт або телемарафон, цінні тим, що привертають увагу суспільства до проблеми і дають можливість відомим людям (акторам, спортсменам, політикам тощо) висловити своє ставлення до неї. Успішно проведені акції допомагають залучити кошти для боротьби з епідемією. Але реально змінити повсякденну поведінку людей такі акції не в змозі. Для цього потрібні довгострокові, цілеспрямовані профілактичні програми.

Можна досить точно визначити, чи виправдає та або інша програма витрачені на неї час і кошти, чи виявиться марною. Дані досліджень свідчать про те, що практично всім **ефективним програмам** профілактики ВІЛ/СНІДУ, незалежно від того, де вони проводяться – в Цюріху, Танзанії, чи Сан-Франциско, притаманна хоча б частина таких характеристик:

- визначена конкретна цільова група за такими параметрами, як стать, вік, сексуальна орієнтація, етнічні та культурні характеристики, ризикована поведінка, соціальне оточення, умови життя;
- обрана цільова група, поведінка якої найбільш ризикована;
- обрана цільова група, якій приділяється недостатньо уваги;
- використовуються методи "аутрич", "навчання рівний-рівному";
- цільовій групі дають можливість змінювати свою поведінку поступово, крок за кроком;
- цільовій групі надаються матеріальні ресурси для зміни поведінки та інші послуги за бажанням (консультації, обстеження на ВІЛ, лікування венеричних захворювань, наркоманії);
- у плануванні й проведенні всіх заходів активно беруть участь самі представники цільової групи;
- роздаткові матеріали повинні бути адаптовані для сприйняття представниками цільової групи;
- організована взаємна підтримка членів цільової групи;
- позитивні зміни в поведінці й участь у програмі заохочуються (у тому числі матеріально);
- мобілізуються духовні (у тому числі релігійні) устремління членів цільової групи, їхній творчий потенціал (програми "12 кроків", "театр", "артистичні майстерні");

– вживаються заходи до зміни обстановки, в якій живуть представники цільової групи: фізичної (переїзд на нове місце), або соціальної (нове або "перевиховане" оточення).

**Малоефективні програми** також мають загальні риси. Ці програми:

- розраховані на "населення в цілому", або на великі і неоднорідні групи населення (наприклад, "молодь");
- містять неконкретні, неоднозначні або непридатні в реальному житті заклики;
- створені та проводяться людьми "зі сторони", мало знайомими з потребами і конкретними умовами життя даної цільової групи;
- використовують переважно однобокий дидактичний підхід (лекції, розповсюдження інформаційних матеріалів);
- ґрунтуються на залякуванні або почутті сорому, використовують репресивні засоби;
- розглядають цільову групу як "об'єкт впливу", а не як свідому силу, від якої залежить успіх програми.

*Додаток 3.23*

### **ЗМІНА РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Завдання профілактичної роботи з представниками груп ризику – зумовити свідомий вибір на користь безпечної поведінки. Як цього досягти?

Добровільна відмова від стійких звичок, як правило, не відбувається відразу, а є більш-менш тривалим процесом в кілька етапів. На кожному з них людині потрібна певна інформація і підтримка.

**Етапи зміни поведінки:**

1. Людина навіть не замислюється про те, що звична для неї поведінка може бути небезпечною. (Необхідно: привернути увагу, вразити, підвести до усвідомлення власного ризику).
2. Людина починає замислюватись. (Необхідно: надати конкретну інформацію про ступінь ризику, допомогти проаналізувати "за" і "проти" зміни звичної поведінки).
3. Людина готова діяти. (Необхідно: сформувати нові навички і техніку самоконтролю, заохочувати успіхи, допомогти змінити звичну обстановку, уникати ризикованих ситуацій).
4. Людина діє. (Необхідно: створити систему самопідтримки, взаємопідтримки, професійної підтримки).
5. Має місце стійкий результат зміни поведінки. (Необхідно: викликати почуття гордості за досягнуте, постійне відчуття підтримки близької людини).

Соціальна реклама, плакати, відеокліпи діють, в основному, на першому етапі, допомагаючи людині замислитись над проблемою. Потім, для зміни поведінки потрібна більш конкретна інформація – друковані матеріали, телефон довіри, консультації фахівців. Для досягнення стабільних результатів потрібні групи підтримки, соціально-психологічні служби, цілеспрямована робота з оточенням, рідними і близькими.

Без врахування цих психологічних особливостей профілактична робота з населенням, спрямована на зміну поведінки, ризикує залишитися на рівні 1-го і 2-го етапів, коли частина людей навіть не замислюється над тим, що нара-

жає себе на небезпеку, а інша частина, хоч і замислюється, але не робить ніяких кроків для зміни такого положення.

Дану модель зміни поведінки розробили американські вчені Джеймс Прочаска і Карло Ди Клементе, які вивчили накопичені психологією дані про відвикання від різних залежностей (паління, алкоголь, переїдання тощо) і виявили загальні закономірності, характерні для всіх випадків успішної зміни поведінки.

*Додаток 3.24*

### **ВІЛ ЗА ШКІЛЬНОЮ ПАРТОЮ**

Одна з головних проблем епідемії СНІДу – відчутна недостатність знань про ВІЛ серед населення, особливо серед найвразливішої групи, тобто молоді. У той же час існує надійний спосіб забезпечити дітей та підлітків необхідною інформацією – це шкільні заняття. Такий підхід до профілактики, безумовно, найефективніший і найдешевший для держави. Однак він потребує певного навчально-методичного забезпечення і підготовлених для такої діяльності вчителів.

#### ***Чому важливо говорити про ВІЛ у школі?***

Більшість дітей і підлітків не наважуються обговорювати проблему ВІЛ ні вдома, ні з друзями. Друзі не володіють достатньою інформацією, а розмовляти з батьками незручно, та й батьки, у свою чергу, відчують незручність і брак знань, що не сприяє спілкуванню. Врешті дітям і підліткам важко отримати достовірну інформацію про ризиковану поведінку, що може призвести до інфікування ВІЛ.

У багатьох країнах клініки по плануванню сім'ї проводять роз'яснювальну роботу лише з заміжніми жінками або подружжями. Крім того, молоді люди неохоче обговорюють питання, пов'язані з сексуальним життям з медичним персоналом через сором'язливість та невпевненість у конфіденційності розмови. Однак більшість молодих людей вчиться у школі, і саме школа виявляється тим місцем, де ці проблеми можна обговорити. Перевага школи полягає в тому, що в учнів є навчальні плани, програми, вчителі і однокласники. Школа може надавати їм не лише інформацію, але й формувати певні навички і в цілому захищену поведінку.

В Україні з 1994 року до навчальних планів загальноосвітньої школи були включені предмети, що стосуються проблем здоров'я. Серед питань, що розглядалися на уроках валеології, потім, безпеки життєдіяльності, а тепер вивчаються на уроках основ здоров'я певне місце відведене формуванню захищеної поведінки і профілактиці інфікування ВІЛ.

***Однак існуюча організація уроків з проблематики ВІЛ/СНІДу має ряд недоліків:***

- інформація про ВІЛ здебільшого надається в контексті медичних і біологічних фактів поза реальними життєвими ситуаціями, в яких підлітки можуть уявити себе;

- вчителі, незалежно від віку учнів, традиційно пропонують лише один варіант сексуальної поведінки – утримання;

- школи не мають відповідних інформаційних матеріалів, адаптованих для різних вікових груп учнів;

- практично немає вчителів, готових до організації занять за такими темами і до використання сучасних методів активізації пізнавальної діяльності учнів. Необхідно прискорити процес підготовки вчителів за спеціальністю “валеологія”;



– школа не надає учням відомості про служби, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, де вони можуть одержати додаткову інформацію (телефони довіри, кабінети тестування, клініки для лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом).

**Рекомендації щодо організації занять з профілактики ВІЛ/СНІДу:**

– встановити, які особливості поведінки школярів пов'язані з ризиком передачі ВІЛ. Наприклад, можна визначити, який середній вік першого сексуального контакту, яка сексуальна поведінка характерна для підлітків, наскільки поширене вживання наркотиків і алкоголю. Така робота починається з опитування, при якому учням гарантується конфіденційність, що, в свою чергу, зумовлює чесність відповідей;

– результати цих опитувань слід взяти за основу навчально-методичних розробок. Моніторинг, проведений у конкретному регіоні і навіть школі, дозволить уточнити зміст програм і привести їх у відповідність до регіональних потреб;

– всебічне ознайомлення вчителів з проблематикою ВІЛ/СНІДу дозволить їм визначити основні цілі профілактичної роботи в цьому напрямку;

– шкільні бібліотеки необхідно забезпечити в достатній кількості відповідними інформаційними матеріалами (наприклад, книгою "Люди і ВІЛ") і постійно передплачувати періодичну літературу з даної проблематики;

– розробити (замовити) посібники з організації роботи, спрямованої на формування захищеної поведінки і зниження ризику інфікування ВІЛ;

– впроваджувати в практичну роботу вчителів основ здоров'я нові активні методи навчання, у тому числі і тематичні тренінги. Для цього необхідно передбачати в шкільному розкладі спарені уроки з основ здоров'я.

**Ефективна навчальна програма, спрямована на формування основ здорового способу життя і профілактику ВІЛ/СНІДу, повинна відповідати наступним вимогам:**

– забезпечувати розвиток життєвих навичок, у тому числі утримання від сексу і знання основ безпечної сексуальної поведінки;

– забезпечувати обговорення можливих наслідків незахищених сексуальних контактів і способів їх уникнення;

– роз'яснювати і наголошувати на існуванні зв'язку між розповсюдженням ВІЛ і вживанням ін'єкційних наркотиків;

– надавати можливість "приміряти" ризик передачі ВІЛ до свого життя за допомогою рольових ігор і дискусій;

– давати пояснення, коли треба звертатися за допомогою і підтримкою до однолітків, шкільного персоналу та інших служб;

– зміцнювати цінності і норми, що сприяють безпечній поведінці та допомагають протистояти негативному тиску.

Профілактична робота з формування основ здорового способу життя і профілактики девіантної поведінки повинна починатися в молодших класах і здійснюватись неперервно до закінчення школи.

*Додаток 3.25*

### **РОЛЬ СІМ'Ї У ПРОФІЛАКТИЦІ ВІЛ**

Сім'я справляє величезний вплив на людину, який триває все життя і зберігається навіть після втрати рідних. Тому саме сім'я може забезпечити формування мотивації до здорового способу життя і зниження ризику поведінки дітей та молоді. Це необхідно враховувати в системі профілактичної ро-

боти щодо запобігання ВІЛ/СНІДу, особливо, якщо взяти до уваги те, що більше половини ВІЛ-позитивних інфіковані в молодому віці (15-24 років).

На жаль, *сім'я може здійснювати як позитивний, так і негативний вплив на сексуальну поведінку дитини або вживання нею наркотичних речовин, отже і на ризик інфікування ВІЛ.*

Пізніший початок статевого життя, використання контрацепції, менша кількість небажаних вагітностей властива тим підліткам, які відчують розуміння, підтримку і турботу з боку батьків. Два ключових моменти впливають на підлітків – це віра в те, що батьки знають, з ким вони проводять вільний час і знають, де знаходяться їхні діти поза школою або сім'єю.

Якщо в сім'ї нормою є постійне вживання алкоголю і насильство, то такий стиль поведінки засвоюється дитиною і може проявитися в дорослому віці. Багато людей з алкогольною і наркотичною залежністю виховувалися в сім'ях, де батьки зловживали психоактивними речовинами. Іноді саме батьки першими пропонують дітям маріуану, алкоголь або першу ін'єкцію наркотику.

Проблемні родини нерідко породжують проблемних дітей. Стрес, бідність, насильство, психологічні травми ведуть до розрізненості, замкнутості, нетерпимості. Фізичне і сексуальне насильство над дітьми і зневага до батьківських обов'язків часто призводять до небезпечної сексуальної поведінки, вживання наркотиків у підлітковому віці й молодості.

Батьки, а також інші члени родини безпосередньо формують погляди, ставлення і цінності дітей та підлітків. Діти наслідують їх поведінку, статеві ролі, у батьків є можливість сприяти формуванню здорової сексуальності підлітка, що не буде наражати його здоров'я і життя на небезпеку.

На жаль, у нашому суспільстві з дітьми не говорять про секс. Але це позбавляє батьків можливості впливати на сексуальну поведінку підлітка, навіть у найтурботливіших батьків сама можливість подібних розмов викликає незручність. При цьому дорослим часто бракує знань з анатомії, фізіології та інших суміжних наук. Для них проблемним є питання про те, в якому віці з дитиною краще говорити про секс, адже існує міф, що подібні розмови можуть підштовхнути молодих людей його спробувати. Самих батьків здебільшого ніхто не інформував ні з питань безпечної поведінки, ні з профілактики ВІЛ/СНІДу. Багатьох батьків питання сексу лякають, оскільки свого часу вони отримали негативні враження.

Дорослі члени родини можуть соромливо уникати будь-яких питань, пов'язаних з профілактикою ВІЛ, оскільки це може привести до розмови про заборонене. Сдине, що при цьому не враховується – це те, що відсутність інформації про секс зумовлює помилкові і небезпечні уявлення про нього. Якщо підлітки не отримають знань вдома, вони будуть шукати їх у ровесників, у журналах і в телепередачах. Зрештою вони засвоять міфи і стереотипи, які зроблять їх вразливими і підштовхнуть до небезпечного сексу.

В більшості випадків діти хотіли б отримати інформацію про секс вдома, від найближчих людей, яким вони довіряють. Тому для підвищення ефективності профілактичної роботи з питань ВІЛ/СНІДу необхідно забезпечити освіту не лише дітей, але й батьків.

## **РОБОТА З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

Студенти – категорія молоді, яку можна вважати уразливою групою зі значним ризиком інфікування ВІЛ. Особливо ризикована поведінка властива першокурсникам. Це пов'язано як із зміною соціального статусу молодої людини, так із перебудовою її усталених стереотипів.

За нашими даними (результатами опитування) понад 60% студентів першого року навчання вперше вступають у статеві стосунки. Деякі з них (до 7%) протягом року мають 10-20 статевих партнерів. Повністю захищений секс мають лише 27%, в основному захищений – 43%. Період навчання на молодших курсах – це період активного експериментування з алкоголем, наркотиками та іншими психоактивними речовинами. Якщо серед тих, хто вступив до першого курсу, більшість уже спробувала спиртні напої, але не вживала їх регулярно, то понад 70% студентів другого курсу регулярно (2-3 рази на тиждень) вживають алкоголь, особливо слабоалкогольні коктейлі та пиво.

Понад 18% другокурсників експериментують з наркотичними речовинами, хоча і не вживають їх регулярно. Близько 3% з них вже використовували ін'єкційні наркотики. Рівень поінформованості студентів молодших курсів з питань здорового способу життя, сексуальної поведінки та шляхів запобігання інфекційним хворобам, зокрема ВІЛ/СНІДу, дуже низький.

Це пов'язано з тим, що системного вивчення цих проблемних питань у школі не було. Нагадаємо, що введення предмета "Основи здоров'я" в середній школі розпочинається з 2005/2006 навчального року в 5 класах. У цьому зв'язку перші випускники, які отримають у школі більш ґрунтовну освіту з питань здоров'я, прийдуть до вищих навчальних закладів лише в 2013 році. Сьогодні компенсувати недоліки середньої освіти стосовно формування в молоді мотивації до здорового способу життя та профілактики небезпечних інфекційних захворювань (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, венеричні хвороби) повинна вища школа.

### ***Дисципліни, під час вивчення яких студенти можуть отримати інформацію валеологічного спрямування та сформувати певні навички захищеної поведінки***

Серед обов'язкових дисциплін циклів гуманітарної, соціально-економічної та природничонаукової підготовки певні аспекти здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу можуть вивчатися у "Психології", "Фізичній культурі", "Соціології", "Правознавстві", "Культурології", "Екології" та "Безпеці життєдіяльності".

Наприклад, у соціології можуть бути розглянуті питання соціальних наслідків епідемії ВІЛ/СНІД в Україні; у правознавстві – законодавча та нормативно-правова база захисту прав людей, що живуть з ВІЛ; у культурології – культура здоров'я як елемент загальнолюдської культури; в екології – вплив забруднення довкілля на рівень здоров'я населення тощо.

Найбільш наближеною до мети формування мотивації до здорового способу життя та профілактики небезпечних інфекційних захворювань стоїть мета та завдання курсу безпеки життєдіяльності. Водночас, предметом цієї дисципліни є індивідуальна безпека і моделі її забезпечення в повсякденному житті та в надзвичайних ситуаціях. Тому під час вивчення дисципліни студен-

ти знайомляться лише з окремими аспектами збереження здоров'я. Наприклад, розглядаються питання зниження ризику інфікування ВІЛ серед представників сексуального бізнесу та тих, хто користується їхніми послугами, наркоманів тощо. Комплексний розгляд питань здоров'я виходить за межі мети дисципліни і за межі компетентності викладача БЖД, який зазвичай має технічну освіту.

Проблеми, пов'язані зі здоров'ям можуть також бути предметом обговорення в позанавчальний час в академічних групах. Однак, на практиці така робота здійснюється фрагментарно, а куратори академічних груп – фахівці різних спеціальностей і, здебільшого, не володіють достатньою інформацією.

Тому Міністерство освіти і науки України рекомендувало ректорам впровадити в навчальний процес ВНЗ за рахунок годин варіативної компоненти дисципліну "Основи валеології" в обсязі 54 годин (лист МОН від 25.12.03 №1/9-595). Предметом цього курсу є закономірності формування, збереження та зміцнення індивідуального здоров'я людини. Його впровадження має на меті сформувати певний рівень культури здоров'я у студентів, а також життєві компетенції, пов'язані з проблемами ВІЛ/СНІДу, наркоманії тощо.

### ***Особливості підготовки майбутнього вчителя***

Збереження здоров'я і життя учнів є складовою фахової компетенції вчителя не в залежності від того, який предмет він викладає. Тому в циклі психолого-педагогічної підготовки в педагогічних ВНЗ передбачені дисципліни, що мають забезпечити достатній рівень знань та надання вмінь і навичок формування, підтримання та збереження власного здоров'я і здоров'я учнів. До цих дисциплін відносяться: "Вікова фізіологія з основами гігієни дітей та підлітків", "Основи медичних знань", "Основи валеології". Зазначені дисципліни включено в галузеві стандарти вищої педагогічної освіти, які останнім часом введено в дію.

С. Страшко

**РОЗДІЛ 4.**  
**ТРЕНІНГ “ ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ**  
**ЙОДНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ”**

**Мета:** удосконалення форм і методів освітньої роботи з питань профілактики захворювань, зумовлених йодною недостатністю.

<b>Вид діяльності</b>	<b>Завдання</b>	<b>Остаточний результат</b>	<b>Орієнтовний час проведення</b>
<b>Вступна частина</b>			40 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i>			5 хв.
<b>Основна частина</b>			300 хв.
<b>Вправа</b> <b>“Акваріум”</b> (робота в малих групах)	Встановити рівень обізнаності учасників стосовно проблем, пов'язаних з йодною недостатністю. Пробудити зацікавленість проблемою	Встановити рівень обізнаності учасників, який визначить зміст подальшої роботи під час тренінгу	40 хв.
<i>Перерва на каву</i>			20 хв.
<b>Вправа</b> <b>“Презентація ...”</b> (лекція)	Ознайомити учасників з основними питаннями, пов'язаними з проблемою йододефіциту	Забезпечити учасників інформаційними матеріалами стосовно проблематики тренінгу. Створити умови для подальшої ефективної роботи	45 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i>			5 хв.
<b>Вправа</b> <b>“Роль суспільства...”</b> (ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми...”)	Показати учасникам тренінгу, що проблемі йододефіцитних захворювань можливо вирішити лише за умови співпраці представників державних, неурядових та комерційних структур	Забезпечити усвідомлення учасниками того, що тільки міжгалузеве багаторівневе співробітництво є найефективнішим шляхом вирішення проблем здоров'я дітей та підлітків і, зокрема, профілактики ЙДЗ. Підвести до розуміння ролі освіти у вирішенні цієї проблеми	50 хв.
<i>Перерва на каву (обід)</i>			20 хв.

<p><b>Вправа</b> <b>“Ментальність, стереотипи та очікування”</b> (тематичне асоціювання, робота в малих групах)</p>	<p>Допомогти учасникам самостійно проаналізувати певні аспекти проблеми ЙДЗ</p>	<p>Сформувати уявлення про те, що існуючі в побуті стереотипи мислення щодо проблем здоров'я можуть заважати їх вирішенню. Альтернативою повинні стати певні позитивні моделі поведінки, які базуються на наукових знаннях</p>	<p>40 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м'язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Думаючи капелюхи про проблему ЙДЗ”</b> (робота в малих групах, дискусія)</p>	<p>Закріпити знання, отримані з проблеми ЙДЗ, шляхом виконання таких мисленевих дій як порівняння, узагальнення, встановлення причинно-наслідкових зв'язків тощо</p>	<p>Сформувати мотив здійснювати необхідну роботу з попередження захворювань, обумовлених дефіцитом йоду. Відпрацювати можливі моделі поведінки для досягнення позитивного результату (споживання йодованої солі, збагачених йодом продуктів)</p>	<p>40 хв</p>
<p><i>Перерва на каву</i></p>			<p>20 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Ми родом з дитинства”</b> (метод інсценування)</p>	<p>Ознайомити учасників з методичними розробками для викладання в школі уроків з проблеми ЙДЗ. Ознайомити викладачів педагогічних ВНЗ з активною формою проведення занять зі студентами</p>	<p>Озброїти учасників методичними розробками для проведення уроків з проблеми ЙДЗ в школі I-III ступенів</p>	<p>60 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м'язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа</b> <b>“Загадка інтелекту, що зникає”</b> (показ науково-популярного фільму)</p>	<p>Показати можливість розкриття проблеми у візуальній формі, що значно полегшує її сприйняття та забезпечує емоційне забарвлення</p>	<p>Сформувати точку зору учасників тренінгу, що до вирішення навчальних проблем необхідно залучати працівників кінематографу та телебачення</p>	<p>25 хв.</p>
<p><b>Заклучна частина</b></p>			<p>20 хв.</p>

## ВСТУПНА ЧАСТИНА

**Інформаційне повідомлення тренера.** Динаміка приросту населення, скорочення тривалості життя та зростання захворюваності в Україні свідчать про виражену демографічну кризу. На кожну новонароджену дитину в різних регіонах країни помирає від двох до чотирьох людей. Причому серед новонароджених значна частина має певні вроджені або набуті під час родів патології. Серед них помітне місце займають патології, зумовлені йододефіцитом породіллі.

Як відомо, йод необхідний людському організмові для синтезу гормонів щитовидної залози. При внутрішньоутробному розвитку плоду нестача йоду в раціоні майбутньої матері стає причиною мертвонароджень, викидів, народження дітей з ознаками спастичного паралічу та кретинізму, нейросенсорною “глухотою”, недостатньою масою, порушеннями функцій мозку, що зумовлює затримку подальшого фізичного та психічного розвитку.

При недостатності йоду у ранньому післяпологовому розвитку порушується процес росту і розвитку дитячого організму, особливо формування мозку. Нестача йоду в організмі у дитячому та підлітковому віці призводить до порушень у розвитку головного мозку, наслідком якого, як правило, є розумова відсталість, що супроводжується погіршенням сприйняття інформації, швидкою втомою дітей і зниженням успішності у навчанні. Йододефіцит стає перешкодою в реалізації життєвих планів учнів.

У дітей та дорослих при нестачі йоду в організмі має місце розвиток зобу. Ознаками розвитку цієї хвороби є слабкість, сонливість та збільшення розмірів щитовидної залози. Майже вся територія України (крім північного Приазов'я) є зоною нестачі йоду, а такі регіони як Західна Україна, степовий та гірський Крим – зони розвитку ендемічного зобу. В ендемічних регіонах проживає 14,6 млн населення.

Попередити розвиток хвороб, пов'язаних з йододефіцитом, значно легше, ніж їх вилікувати. На жаль, недостатня обізнаність населення та низький рівень профілактичної медицини призвели до значного розповсюдження цих хвороб в Україні. За останні роки в Україні кількість хворих лише серед дітей збільшилася у 3 рази, а кількість операцій на щитовидній залозі за останні 5 років зросла в 3,5 рази. Види хвороб, зумовлених йодною недостатністю, мають тенденцію до урізноманітнення.

У розв'язанні цієї проблеми значну роль може відіграти система освіти. Тому в Державній програмі профілактики йодної недостатності в населення на 2002-2005 роки, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів від 26 вересня 2002 року № 1418 йде мова про необхідність

здійснювати заходи просвіти населення України з питань профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю (додаток 4.1).

## ОСНОВНА ЧАСТИНА ТРЕНІНГУ

### Вправа “Акваріум”

(робота в малих групах)

**Завдання (кожна група виконує одне із завдань):**

1. Роль йоду в життєдіяльності організму людини і зміни, що виникають при його недостатності.
2. Причини виникнення дефіциту йоду в ґрунті та шляхи його подолання.
3. Екологічний стан в Україні та захворювання щитовидної залози.
4. Вплив дефіциту йоду на працездатність школярів.
5. Можливі шляхи організації профілактики йододефіцитних захворювань.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення у відповідності до сценарію проведення вправи “Акваріум”.

**Питання для обговорення:**

- Чи обумовлений рівень йододефіцитних захворювань соціальними причинами?
- Які види і рівні профілактики необхідно застосовувати для вирішення проблем, пов'язаних з нестачею йоду?
- Чи можна вирішити проблеми йододефіциту на рівні індивідуальної профілактичної роботи?

**Тренерський підсумок.** Тренер пропонує учасникам подивитись фрагмент науково-популярного фільму “Аліна” для емоційного сприйняття проблеми (електронний додаток до посібника).

### Вправа “Презентація Національної інформаційно-просвітницької кампанії подолання йододефіцитних захворювань”

(лекція)

**Матеріали:** кожний учасник отримує друкований текст презентації (додаток 4.2). Для проведення презентації тренер може використати електронні матеріали (електронний додаток до посібника), кодоскоп із плівками, екран (або комп'ютер з програмою Power Point та мультимедійний проектор).

**Питання для обговорення:**

- Чому саме йодована сіль вважається найефективнішим засобом масової профілактики йододефіцитних захворювань в усьому світі?

**Тренерський підсумок.** Йодизацію солі визнано одним із ефективних і найбільш доступних для всіх верств населення засобів подолання йодної недостатності. Стратегія йодизації



затверджена на одній із сесій Всесвітньої організації охорони здоров'я.

### **Вправа “Роль суспільства у вирішенні проблеми йододефіцитних захворювань”**

*(ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми...”)*

**Тренерський вступ.** Поставлю риторичне запитання: “Наскільки часто ви говорите: “На його місці я зробив би ...”? Безумовно, вирішувати будь-яку проблему за іншу людину завжди здається справою легкою, особливо, коли не треба нести відповідальності за наслідки. Сучасні філософи твердять, що будь-хто з нас може прийняти вірне рішення за іншу людину при умові, якщо натягне на себе “маску неучтв’я”.

Цю ідею вперше висунув американський філософ Джон Ролз для пояснення етичних дилем у журналістиці. Автор вважає, що для прийняття правильного та етичного рішення ми мусимо на якийсь час забути про власні інтереси та поставити себе на місце іншої людини, розділяючи її точку зору та керуючись її інтересами.

Давайте спробуємо це зробити, виходячи з позицій людей різних професій.

**Матеріали:** конверт із зображенням представників певних професій (*додаток 1.5*), плакат у форматі А1 (*додаток 4.3*), папір формату А3, фломастери.

#### **Завдання:**

1. У верхній частині листа паперу кольором своєї малої групи викласти всі дії, які, на ваш погляд, повинні виконати представники “вашої” професії з метою вирішення проблеми ЙДЗ у населення.
2. У нижній частині листа зазначити всі дії, які, на ваш погляд, повинні виконати представники “інших” чотирьох професій для того, щоб подолати проблему ЙДЗ. При цьому завдання для кожної “професії” записуються відповідним кольором, про який необхідно домовитись.
3. Після презентації і обговорення написати остаточний варіант дій, які мають здійснити представники “вашої” професії і прикріпити лист на плакат.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

#### **Питання для обговорення:**

- Наскільки легко вам було прийняти рішення за представників “інших” професій?
- Які труднощі вас спіткали при цьому?

- Чи допомогла вам ця вправа під новим кутом зору побачити діяльність, задачі і труднощі інших фахівців у питаннях профілактики ІДЗ?
- Як ви вважаєте, кому із фахівців найбільш складно здійснювати профілактичну роботу? Обґрунтуйте свою відповідь.
- Чи згодні ви з тими рекомендаціями, які запропонували вам “інші” фахівці? Обґрунтуйте свою відповідь.

**Тренерський підсумок.** Успіх у вирішенні проблеми профілактики йододефіцитних захворювань у населення України залежить від ефективності співробітництва законодавчої та виконавчої влади, представників системи охорони здоров'я, освітян, працівників споживчого ринку, представників засобів масової інформації та інших фахівців.

### **Вправа “Ментальність, стереотипи та очікування”**

*(тематичне асоціювання, робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** При виконанні роботи слід використовувати метод тематичного асоціювання, який полягає в тому, що спочатку записуються всі асоціації, викликані певним словом або фразою, потім – асоціації, що виникли від уже записаних асоціацій і т.д. Побудований таким чином асоціативний куц свідчатиме про те, що учасники групи володіють широкою сукупною інформацією стосовно проблеми. Але вона, зазвичай, буває несистематизованою і неповною в окремо взятої людини. Побудова асоціативних куців може дозволити систематизувати наявні знання та заповнити прогалини в них.

**Матеріали:** конверт зі словами або фразами для асоціювання, ватман, фломастери, зразок побудови асоціативних куців (*додаток 4.4*), матеріал “Сім кроків до вирішення проблеми” (*додаток 1.6*) і схема доповіді (*додаток 4.5*), за якою мала група буде презентувати роботу.

#### **Завдання:**

1. Побудувати асоціативні куці до отриманого слова або фрази, записати їх на ватмані кольором своєї групи.
2. Через 10 хвилин ватман передати по колу для доповнення іншими групами (вписувати кольором своєї групи), Час, що надається на доповнення кожній групі - 5 хвилин.
3. Після повернення ватману, кожній малій групі підготувати доповідь.
4. Після презентації робіт ознайомитися з матеріалом “Сім кроків до вирішення проблеми” і обговорити в малій групі.

*(Варіанти слів і фраз для асоціацій: кретинізм та ідіотизм, туговухість, зниження інтелекту, гіпофункція щитовидної залози,*

шляхи задоволення потреб організму в йоді, морепродукти, рослинні продукти, взаємодія фтору і йоду в організмі, ендемічні хвороби ...)

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Питання для обговорення:**

- Чи змінився б ваш підхід до виконання завдання, коли б ви мали змогу заздалегідь ознайомитися з принципом “Сім кроків”?

**Тренерський підсумок.** Основний висновок, що впливає з виконаної вправи, полягає в тому, що знати проблему недостатньо, потрібно діяти. Це в повній мірі стосується і проблеми йодної недостатності. “Шлях здолає той, хто йде”.

### **Вправа “Думаючі капелюхи про проблему ЙДЗ”** (робота в малих групах, дискусія)

**Тренерський вступ.** В основу наступної вправи покладено методіку критичного мислення, яка полягає у “поділі” процесу мислення на складові таким чином, щоб використовувалась одна складова:

Аналітичне мислення (збирання фактів, статистичних даних, їх аналіз та ґрунтовні висновки)	<b>Білий капелюх</b>
Емоційне мислення (емоції, почуття, передбачення та інтуїція)	<b>Червоний капелюх</b>
Нігілістичне мислення (неприйняття запропонованих ідей і заходів)	<b>Чорний капелюх</b>
Оптимістичне мислення (очікування позитивних результатів залюбих умов)	<b>Жовтий капелюх</b>
Евристичне мислення (творчий пошук нових ідей, рух уперед)	<b>Зелений капелюх</b>

При виконанні завдання намагайтесь дотримуватися певного типу мислення, це дозволить створити атмосферу гострої дискусії при обговоренні.

Дістаньте з конверту зображення капелюха і сформуїте відповідні малі групи. Для того, щоб швидше адаптуватися до певного типу мислення, послухайте легенду про старого капелюшника (додаток 4.6).

**Матеріали:** конверт з малюнками капелюхів за кількістю учасників тренінгу (додаток 4.7), інформаційні матеріали для кожної з малих груп (додатки 4.6, 4.8, 4.9, 4.10) ватман, набір фломастерів.

**Завдання:**

Кожній з п’яти груп сформулювати точку зору щодо перспектив вирішення проблеми йододефіцитних захворювань у відповідності до запропонованого типу світосприйняття. При цьому:

- чорний капелюх розповідає про негативні аспекти проблеми, робить спробу зазирнути в майбутнє і побудувати песимістичний прогноз;
- червоний капелюх передає ті емоції, які викликало у вас знайомство з проблемою (співчуття, страху, образи, незадоволення ...) і як ці емоції можуть стимулювати до дій, спрямованих на вирішення проблеми;
- жовтий капелюх об'єднує всі позитивні факти, про які ви дізнались на тренінгу, і будує оптимістичний прогноз вирішення проблеми ЙДЗ;
- зелений капелюх пропонує нові, альтернативні шляхи вирішення проблеми, підкреслюючи цим майже необмежені можливості людського інтелекту.
- білий капелюх будує реальний прогноз подолання проблеми ЙДЗ та пропонує умови його втілення в життя.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Питання для обговорення:**

- *Усі присутні можуть ставити запитання “думаючим капелюхам”. Готувати запитання заздалегідь недоцільно.*

**Тренерський підсумок.** Завдяки чорному капелюху ми дізналися, що в майбутньому кількість хворих на кретинізм, зоб, мікседему буде збільшуватись, тому що вміст йоду у воді, ґрунті, повітрі та продуктах харчування постійно зменшується, екологічний стан довкілля погіршується. Тож, якщо не застосовувати профілактичних заходів, то проблема йододефіцитних захворювань переросте у снігову лавину, яку вже не можна буде спинити.

Червоний капелюх надав можливість побачити проблему крізь призму емоційного сприйняття. Він викликав у нас співчуття до постраждалих від аварії на ЧАЕС, які хворіють на ЙДЗ. Червоний капелюх викликав бажання допомогти хворим, обурення стосовно некомпетентних дій окремих лікарів та бездіяльності владних структур, які зобов'язані забезпечувати реалізацію державної програми.

Жовтий капелюх намалював райдужну перспективу, спираючись на позитивні приклади лікування і профілактики ЙДЗ. Він показав, що ситуація не безнадійна, оскільки людство завжди знаходило вихід із скрутних ситуацій. Але для досягнення певної мети необхідно наполегливо, з ентузіазмом працювати.

Зелений капелюх переконав нас, що вже сьогодні можна досягти позитивних зрушень, спираючись на існуючі методи профілактики. Зважаючи на те, що можливості людського інтелекту необмежені, можна сподіватись на появу у близькому майбутньому принципово нових методів подолання проблеми

йодної недостатності. Але для цього необхідно забезпечити фінансування відповідних наукових досліджень.

Нарешті білий капелюх, спираючись на отримані протягом тренінгу фактичні матеріали, показав, що Україна може вирішити проблему, але необхідною умовою цього є ефективне міжгалузеве співробітництво.

### **Вправа “Ми родом з дитинства”**

*(метод інсценування)*

*вправа розрахована на педагогічних працівників або студентів педагогічних ВНЗ*

**Тренерський вступ.** У дошкільному віці дитина, зазвичай, не виступає у ролі особистості, здатної самостійно контролювати свій спосіб життя і, тим більше, здійснювати правильний вибір поведінки, спрямованої на забезпечення здорового способу життя. В той же час, після досягнення дитиною шкільної зрілості, вона може виступати у ролі активної ланки усього комплексу заходів, спрямованих на формування і збереження її здоров'я. Крім того, бажаючи поділитися з батьками цікавою для нею інформацією, дитина може стати джерелом валеологічних знань для дорослих. Завдання вчителя молодшої школи – донести до дітей потрібну інформацію в доступній і цікавій формі.

Зараз ми спробуємо на деякий час повернутися в дитинство, стати учнями початкової школи. Зіграємо невеличку урок-виставу з життя під назвою “Здоров'я – найдорожчий скарб. Роль харчування для здоров'я”, в якій усі ми будемо акторами. Цей урок розробила вчителька початкових класів школи №162 м. Харкова А. Рудакова (її можна побачити під час презентації навчального фільму “Загадка інтелекту, що зникає”).

Зараз ми розділимося на 3 групи:

1. Чотири “учні”, які виконають ролі “вітамінчиків А, В, С, D” – *I група*.
2. Сім поважних членів комісії, які прийшли ознайомитись з розробкою вчителя: вчитель сусідньої школи; завуч школи, організатор позакласної роботи, директор школи, голова районного методичного об'єднання, завідувач районного методкабінету, член батьківського комітету – *II група*.
3. Всі інші учасники – “учні” класу – *III група*.

Нарешті “вчитель” – головний герой вистави. Його можна обрати з учасників тренінгу (за бажанням). Роль вчителя може зіграти тренер, або його помічник. Але найкращий варіант – запросити справжнього вчителя початкової школи або студента,

який навчається на старшому курсі за відповідною спеціальністю. Вистава розпочнеться, як тільки вчитель увійде до класу.

**Матеріали:** аудіомагнітофон, малюнок: вітамін А, вітамін В, вітамін С, вітамін D, дівчинка Йодинка, казковий телескоп зі змінними лінзами (овочі, фрукти, мед, горіхи), карта казкової планети, текст пісні для кожного учня, текст віршів для “вітамінчиків”, роздруковані матеріали: “Конспект уроку” (додаток 4.11) та “Дидактичний аналіз уроку” (додаток 4.12).

**Завдання:**

1. Перед початком уроку-вистави надається 5 хвилин для того, щоб учасники увійшли в свої ролі: “учні” пригадали, як слід себе поводити на уроці, а поважні “члени комісії” зосередились на своїх функціях. “Вітамінчики” повинні ознайомитися заздалегідь зі словами, які вони будуть виголошувати перед класом.
2. Після початку уроку-вистави “вчитель”, “учні” і “члени комісії” виконують свої ролі.
3. Після закінчення уроку-вистави відбудеться засідання педагогічної ради школи, на якій буде проведено аналіз уроку.

**Тренерський підсумок.** Як ми побачили, вдало розроблений урок дозволяє донести навіть складну інформацію до учнів будь-якої вікової групи. З розробками уроків з проблеми йодної недостатності можна ознайомитись, прочитавши методичний посібник для вчителів автора А.О. Рудакової “Профілактика йододефіцитних захворювань”.

***Вправа “Загадка інтелекту, що зникає”***

*(показ науково-популярного фільму)*

**Тренерський вступ.** Фільм, що пропонується вашій увазі, був створений у рамках Національної інформаційно-просвітницької кампанії подолання йододефіцитних захворювань у населення України на замовлення Центру сучасних інформаційних технологій та візуальних мистецтв кінокомпанією “МаГіКа-фільм” за підтримки представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Фільм розроблений для середніх навчальних закладів України як учбовий, який допоможе вчителю візуалізувати проблему профілактики ЙДЗ для учнів та їх батьків. Фільм можна використати на уроках основ здоров’я, основ безпеки життєдіяльності, медико-санітарної підготовки, біології, хімії, історії, а також у позакласній та виховній роботі.

**Матеріали:** відеомагнітофон (або комп’ютер), проекційний екран, відеокасета (або CD) із записом фільму.

**Питання для обговорення:**

- Чи сподобався вам фільм?
- Яку нову інформацію ви отримали під час перегляду фільму?
- Чи слід показувати цей фільм по телебаченню?
- Як би ви використали фільм “Загадка інтелекту, що зникає” у своїй професійній діяльності?

**Тренерський підсумок.** Узагальнюючи ваші виступи слід підкреслити, що використання фільму в навчальному процесі значно поліпшило ознайомлення учнів з проблемою ЙДЗ. Отже, необхідно забезпечити його масовий випуск у вигляді відеокасет та CD-дисків та їх реалізацію через мережу магазинів навчальної книги.

Також необхідно організувати періодичний показ цього фільму по телебаченню на центральних каналах у зручний для перегляду час, що забезпечить ефективне ознайомлення широких верств населення з проблемою і шляхами її вирішення.

### **ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА**

**Тренерський підсумок.** За основу запропонованого тренінгу з проблеми йододефіцитних захворювань та шляхів її подолання ми взяли розробку, здійснену Центром сучасних інформаційних технологій та візуальних мистецтв за підтримки представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (Брук Д.В., Зелінська Н.Б., Кофман Г.Л., Рудакова А.О., Ричкова Г.С., Хижняк О.О. Сучасні підходи до профілактики йододефіцитних захворювань у населення України / Матеріали для тренерів та модераторів по проведенню семінарів. – 2004 рік. – 143 с.).

## ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 4

Додаток 4.1

### **ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА профілактики йодної недостатності у населення на 2002-2005 роки** (затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 26.09.02 р. N 1418)

#### **Загальні положення**

Ця Програма розроблена на виконання плану заходів, спрямованих на реалізацію основних напрямів соціальної політики на період до 2004 року, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2000 р. N 1370.

За даними ЮНІСЕФ, вартість лікування однієї людини, яка страждає на йодну недостатність, становить 27 доларів на добу. За останні роки в Україні кількість хворих тільки серед дітей збільшилася у 3 рази, а кількість операцій на щитовидній залозі за останні 5 років зросла в 3,5 рази. Види хвороб, зумовлених йодною недостатністю, мають тенденцію до урізноманітнення. В ендемічних регіонах проживає 14,6 млн. чоловік.

Особливо велику небезпеку викликає йодна недостатність у вагітних, внаслідок чого підвищується ризик народження дітей з малою вагою, нейросенсорною глухотою, спастичним паралічем, кретинізмом, а також мертвонароджень та викидів. Йодна недостатність істотно впливає на розумовий розвиток дітей старшого віку, що може призвести до інтелектуального виродження нації.

За даними ВООЗ, захворювання, зумовлені йодною недостатністю, можуть бути повністю ліквідовані. Основою профілактики таких захворювань є постійне забезпечення населення ендемічних регіонів продуктами, збагаченими йодом. Найдешевший метод профілактики таких захворювань - йодування кухонної солі.

Україна включена до програми ЮНІСЕФ і Міжнародної ради ВООЗ з контролю за йодною недостатністю. Ці організації вважають загальне йодування кухонної солі найбільш простим і випробуваним способом введення йоду в раціон харчування.

Крім того, Кабінет Міністрів України підписав 31 травня 2001 р. Угоду про профілактику йододефіцитних станів серед населення держав-учасниць СНД, якою передбачено розроблення та прийняття узгоджених рішень, що регулюють виробництво, закупівлю, реалізацію, здійснення контролю за якістю і безпекою йодованої кухонної солі та продуктів харчування, збагачених йодом.

За ініціатииви МОЗ у 2001 році здійснено ряд першочергових заходів щодо профілактики йодної недостатності в Україні, а саме:

- визначено та доведено до Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій річні обсяги виробництва йодованої кухонної солі, необхідні для задоволення потреби населення у регіонах;
- налагоджено виробництво та постачання йодованої кухонної солі в необхідній кількості, вирішено деякі питання здійснення контролю за її якістю;
- розпочато широкомасштабну роз'яснювальну роботу через засоби масової інформації;



– вирішено питання введення йодованої кухонної солі в раціони харчування організованих дитячих колективів, лікувально-профілактичних закладів, особового складу військових формувань, органів внутрішніх справ, органів і установ системи виконання покарань, а також осіб, які утримуються в зазначених установах.

#### **Мета і основні завдання**

Метою Програми є зменшення кількості захворювань, зумовлених йодною недостатністю, збереження і зміцнення здоров'я населення.

Основні завдання Програми:

- вивчення стану фактичного забезпечення населення продуктами харчування, збагаченими йодом, та рівня захворюваності, зумовленої його недостатністю;
- наукове обґрунтування необхідності загального йодування кухонної солі;
- створення умов для зниження рівня та ліквідації захворювань, зумовлених йодною недостатністю;
- розроблення та впровадження нових технологій виробництва продуктів харчування, збагачених йодом;
- сприяння розвитку вітчизняного виробництва продуктів харчування, збагачених йодом та йодату калію, що використовується у технології виробництва йодованої кухонної солі;
- удосконалення форм і методів проведення роз'яснювальної роботи з питань профілактики захворювань, зумовлених йодною недостатністю.

#### **Фінансове забезпечення виконання Програми**

Заходи Програми, здійснення яких покладено на міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, фінансуватимуться в межах асигнувань, передбачуваних їм у державному бюджеті за відповідними бюджетними напрямками.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації забезпечуватимуть здійснення заходів Програми за рахунок передбачених на ці цілі коштів місцевих бюджетів.

Заходи щодо вивчення стану фактичного забезпечення населення продуктами харчування, збагаченими йодом, та рівня захворюваності, зумовленої його недостатністю, здійснюватимуться за рахунок коштів ЮНІСЕФ та інших міжнародних організацій.

Координація виконання Програми покладається на МОЗ.

#### **Прогнозні результати виконання Програми**

Виконання Програми дасть змогу знизити рівень йодною недостатності у населення та зумовленої нею захворюваності, в першу чергу серед дітей, поліпшити стан здоров'я населення, зменшити витрати на лікування хворих, які страждають на йодну недостатність, а також створити економічні умови для розвитку та впровадження на вітчизняних підприємствах прогресивних технологій виробництва йодованої кухонної солі, йодату калію та харчових продуктів, збагачених йодом.

#### **Для виконання Програми необхідно здійснити такі заходи**

1. Провести дослідження рівня захворюваності, зумовленої йодною недостатністю в організмі людини.

Академія медичних наук,  
МОЗ, Держкомстат.  
2002-2003 роки.

2. Підготувати за результатами досліджень звіт і наукове обґрунтування необхідності запровадження загального йодування кухонної солі, а також проект відповідного рішення Кабінету Міністрів України.

Академія медичних наук,  
МОЗ, Держкомстат.  
2003 рік.

3. Сприяти безперебійному виробництву вітчизняними підприємствами йодованої кухонної солі.

Мінагрополітики.  
Постійно.

4. Сприяти розвитку виробництва йодату калію на базі ТОВ "Науково-виробниче об'єднання "Йодобром" (м. Саки, Автономна Республіка Крим) для забезпечення вітчизняною сировиною підприємств, що виробляють йодовану кухонну сіль.

Мінпромполітики,  
Мінагрополітики  
2003-2005 роки.

5. Організувати поставки йодованої кухонної солі у регіони в рекомендованих обсягах річної потреби.

Рада Міністрів АРК, обласні,  
Київська та Севастопольська  
міські держадміністрації.  
Постійно.

6. Забезпечувати здійснення контролю за якістю йодованої кухонної солі на підприємствах, що її виробляють, у торговельній мережі, на підприємствах громадського харчування, у лікувально-профілактичних закладах, інших організованих колективах, у першу чергу дитячих.

МОЗ, Мінагрополітики.  
Постійно.

7. Включати до програм перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців вивчення стану фактичного харчування населення та здійснення лабораторного контролю за вмістом йоду в кухонній солі та продуктах харчування, збагачених йодом.

МОЗ, Академія медичних наук.  
2003-2004 роки.

8. Розробити та запровадити уніфіковані методи здійснення лабораторного контролю за вмістом йоду в кухонній солі та продуктах харчування, збагачених йодом.

МОЗ, Академія медичних наук.  
2003-2004 роки.

9. Сприяти розробленню та запровадженню на вітчизняних підприємствах сучасних технологій виробництва йодованої кухонної солі та спеціальних харчових продуктів, збагачених йодом.

Мінагрополітики, Мінекономіки,  
Академія медичних наук,  
Національна академія наук.  
2003-2005 роки.

10. Здійснити заходи щодо просвіти населення з питань профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю.

МОЗ, МОН,  
Держкомсім'ямолодь,  
Держкомінформ.  
2003-2004 роки.

11. Організувати періодичні обстеження репрезентативних груп населення в рамках системи біологічного моніторингу (оцінка фактичного споживання йоду, шляхом визначення його екскреції із сечею у дітей шкільного віку та жінок репродуктивного віку), який проводитиметься Інститутом ендокринології та обміну речовин Академії медичних наук.

Рада Міністрів АРК, обласні,  
Київська та Севастопольська  
міські держадміністрації,  
2004-2005 роки.

12. Створити систему моніторингу якості йодованої кухонної солі за результатами проведення відомчого та державного контролю.

МОЗ, Мінагрополітики.  
2003-2004 роки.

13. Продовжувати співробітництво в рамках угоди про профілактику йододефіцитних станів серед населення держав-учасниць СНД, угоди між Урядом України та Дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ з іншими міжнародними організаціями.

МОЗ. Постійно.

*Додаток 4.2*

## **МАТЕРІАЛИ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ**

### **Національної інформаційно-просвітницької кампанії подолання йододефіцитних захворювань у населення України (розроблено Центром сучасних інформаційних технологій та візуальних мистецтв м. Харкова)**

#### ***Йододефіцитні захворювання – загроза людству***

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я захворювання, що викликані дефіцитом йоду в організмі людини, займають одне з перших місць у світі.

Як вважають фахівці ВООЗ, 1 мільярд населення Землі входить до так званої „групи ризику”. З них найбільшу загрозу відчувають жителі Азії (701 млн), Африки (227 млн), Латинської Америки (60 млн) та Європи (30 млн).

Здавалось би, загроза, що існує для населення Європи, не така велика у порівнянні з іншими континентами. Але загалом кожний четвертий мешканець планети стає потенційним об'єктом для ураження йододефіцитними хворобами.

#### ***Йододефіцит – хвороба з тисячолітньою історією***

Не слід вважати, що захворювання, пов'язані з нестачею йоду в організмі людини, це – породження цивілізації.

Перші спогади про зоб та кретинізм зустрічаються в трактатах древніх цивілізацій Китаю, а також у греків та римлян.

Один із самих перших спогадів про зоб датується часами правління імператора Щен Нуг у Китаї. А це – 2838-2698 роки до нашої ери. У одному з трактатів імператор говорить про морську водорість *Sargasso*, за допомогою якої можна ефективно лікувати зоб.

Трохи пізніше, у 2697-2597 роках до нашої ери вважали, що пухлина в області шиї – це накопичення кисню або крові, що виникло внаслідок невідомого запалення.

У 770-220 роках до нашої ери з'являються нові теорії виникнення зобу – якість питної води, стреси та умови існування людей у горах.

Стосовно спогадів щодо йододефіцитних захворювань періоду нашої ери, то перше зображення людини з зобом було знайдено у 1215 році в місті Грац біля Альп. Зараз ці зображення знаходяться у Національній бібліотеці Австрії (м. Відень). Вважається, що наскальні зображення були зроблені приблизно на 300 років раніше, ніж вони були знайдені.

XIII століттям датуються також записи грецької міфології про людину-монстра з величезним зобом, через який вона мусила ховатися від інших людей.

Безумовним доказом існування проблеми нестачі йоду в організмі людини вже в IX-XI століттях нашої ери є живопис. Багато картин того часу, на яких зображені люди з ознаками зобу, належать альпійським країнам, де ще раніше були широко поширеними зоб та кретинізм.

Інший доказ – зображення святих на іконах. Їхні обличчя з потовщеною шиєю зображались багатьма художниками. У ті часи зоб вважали ознакою божого благословення.

Пізніше, у XV столітті швейцарські хроніки ілюстрували баталії воїнів. Останні на їхніх полотнах теж мали ознаки зобу.

Вченими нашого часу були вивчені полотна художників 16-го століття. На картинах *Van Eyck* та *Van der Leyden* періоду Ренесансу зоб – майже невід'ємна ознака людини.

Те ж саме на більш пізніх картинах *Rubens*, *Weyden* та *Durer*.

### ***Історія лікування йододефіцитних хвороб***

Що стосується перших спроб лікування такого прояву нестачі йоду в організмі людини як зоб, то вони також відносяться до нашої ери.

Профілактику та лікування зобу за допомогою різноманітних морських водоростей та морської капусти вперше на практиці намагався використовувати китайський лікар Ге Кхун, який жив у період між 317 та 419 роками до нашої ери.

Його колега Шен Ши Фан у своїй практиці застосовував щитовидну залозу живих істот, та насамперед – оленя.

До речі, морські водорості та залоза оленя ще багато століть вважались найефективнішими засобами, за допомогою яких лікарі в усьому світі боролися з зобом.

Першу спробу оперативного втручання при лікуванні зобу застосували ще стародавні греки у 1500 році до н.е.

Перші спроби наукових досліджень щодо йододефіцитних захворювань були зроблені Гіппократом, Парацельсом та Галеном.

Гіппократ у своїх трактатах доводив, що причина виникнення зобу пов'язана з якістю питної води.

Парацельс описував м'яку пухлину шиї, при розтині якої він побачив схожу на мед речовину з вкрапленнями вапна та волосся.

Гален доводив, що щитовидна залоза виробляє рідку речовину, яка зволожує стінки гортані, глотки та трахеї.

Щодо хірургічних втручань по видаленню зобу, то вперше їх провели в медичних школах Salerno (1170 рік), Montpellier (1240 рік) та Padua (1252 рік).

Треба відзначити, що вже починаючи з XVI століття нашої ери, людство стало замислюватись не тільки над медичними аспектами йододефіцитних захворювань, але й над їх соціальними та економічними наслідками.

У різний час та у різних країнах питання профілактики та вивчення йододефіцитних хвороб піднімалися вже на рівні держави та були під особистим контролем монархів.

Ряд розпоряджень та указів з цього приводу видали король Франції Генріх II, король Англії Чарльз II, королева Англії Ганна та імператор Наполеон Бонапарт.

Наполеон Бонапарт, який за допомогою свого війська мріяв стати володарем усієї Європи, першим помічає ще один наслідок нестачі йоду в організмі людини – більшість солдат його армії, призвані на військову службу з гірської місцевості, страждають туговухістю. Крім того, вони погано розвинуті фізично та розумово, швидко втомлюються, що робить їх майже не спроможними воювати та виконувати команди.

У 1848 році король Карло Альберто створює спеціальну комісію, перед якою ставить задачу вивчення ситуації стосовно поширення зобу на території Франції. Через дев'ять років, у 1857 році комісія звітувала королю. Виявилось, що 370403 мешканці Франції, вік яких перевищував 20 років, мали зоб. Приблизно 120000 підданих Його Величності були кретинами, або страждали на ідіотизм.

Якщо врахувати, що чисельність населення Франції того часу була приблизно 36 мільйонів чоловік, то вийде, що відомими на той час проявами йододефіцитних захворювань страждав приблизно кожний 70-й мешканець країни.

Незважаючи на те, що в багатьох європейських державах приділяли увагу захворюванню щитовидної залози на державному рівні, до кінця XIX-го століття не пов'язували ці захворювання з нестачею йоду в організмі людини.

У 1754 році у Франції видається енциклопедія Дені Дідро, що на той час, безумовно, була однією з найбільш вагомих наукових праць.

Дідро вкладав у термін “кретин” наступний зміст: “Ненормальна, глуха людина з зобом, що звисає до талії”. Тобто, і в цьому першому філософському обґрунтуванні автор не дає роз'яснень причин виникнення захворювання.

### ***Йод та його значення для організму людини***

Все це пояснюється тим, що йод, як хімічний елемент, став відомий людству лише у 1811 році, завдяки французькому вченому Бернару Куртуа, який працював у Міжнародній організації по стандартизації та вивченню пороху. Новий елемент отримали із золи морських водоростей.

У 1813 році французький вчений Гей-Люсак дає новому елементу назву “йод”, що в перекладі з грецької значить “фіолетовий”. При випаруванні відвару із морських водоростей елемент відкладався на стінках посуду та світився фіолетовим кольором.

Трохи пізніше французький хімік Шотен встановлює, що йод в невеликих дозах є майже в усьому, що створила природа: у воді, землі, мінералах, рослинах, в організмі живих істот.

У 1820 році швейцарець Коіндет рекомендує використовувати йод для лікування зобу. 20 липня 1820 року Коіндет представляє швейцарському науковому товариству у Женеву звіт, в якому повідомляє про те, що малими дозами йоду йому вдалося покращити стан здоров'я 150-ти пацієнтів, які страждали на зоб.

Отже, до кінця XVIII століття серед вчених та громадськості широко поширеною була думка про те, що виникнення захворювань щитовидної залози, до яких відносили лише зоб та кретинізм, пов'язане лише з наступними причинами:

- якістю питної води;
- якістю продуктів харчування;
- вологістю повітря, його температурою та хімічним складом;
- матеріальним станом людини;
- санітарними умовами життя та спадковістю.

Лише у 1896 році забезпеченість організму людини йодом вперше визнана як першопричина виникнення захворювань щитовидної залози.

На жаль, відразу після відкриття йоду, багато лікарів спробували застосовувати його для лікування хворих на зоб. Услід за швейцарцем Коіндетом Жан Луї Прево став додавати його у чистому вигляді до їжі пацієнтів. При цьому Прево стверджував, що щитовидна залоза хворих зменшувалась у розмірах.

Але застосування чистого йоду в їжу призводило до того, що у пацієнтів змінювався серцевий ритм, виникало різке знесилення, порушувалась моторика кишечника, а у жінок – менструальний цикл. Крім того, часто відмічались випадки тяжких та стійких отруень.

### ***Йодування солі***

Йодування солі вперше було запропоновано колумбійцем Боусінгалом. Він багато років жив у Південній Америці та мав змогу спостерігати, що місцеві жителі, вживаючи в їжу сіль, не страждали зобом.

В 1825 році Боусінгал вивчає склад цієї солі та встановлює, що сіль містить у собі дуже багато йоду.

В 1833 році він пропонує застосовувати йодовану сіль для профілактики зобу.

В Європі перші спроби використання йодованої солі були зроблені Ханзігером. Він запропонував проводити масову профілактику захворювань щитовидної залози за допомогою йодованої солі у Швейцарії.

У період з 1916 по 1920 роки дослідження впливу йодованої солі на стан щитовидної залози проводили Маріне та Кімбол у місті Аркана (штат Огайо, США).

Результати досліджень для тих часів були несподіваними! Одночасно було досліджено близько 5000 дітей у віці від 11 до 18 років. Їх поділили на дві групи: тих, хто вживав йодистий натрій, та тих, хто не вживав.

Із числа учасників досліджень у 2305 дітей не виявили проявів захворювання. У контрольній групі дітей, які мали здорову щитовидну залозу та вживали йодовану сіль, тільки у двох з часом розвинувся зоб.

У той же час, у групі дітей, які також мали здорову щитовидну залозу, але не вживали йодованої солі, зоб розвинувся у 347 осіб. А це – майже 61%!

### ***Масова профілактика йодованою сіллю***

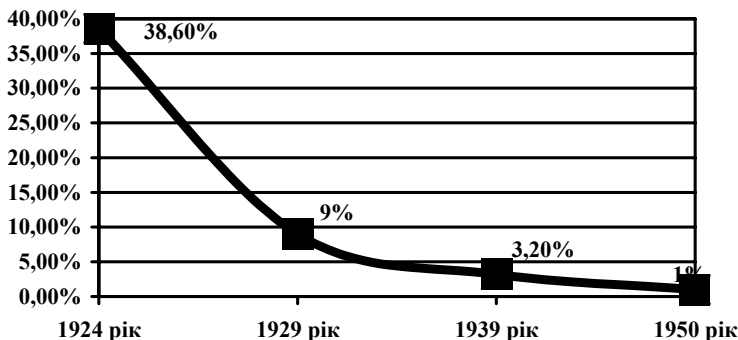
Перша масова профілактика зобу із застосуванням йодованої солі була проведена у штаті Мічиган (США) у 1924 році. Одночасно були проведені і

перші масові обстеження школярів на предмет виявлення зобу. Як показали дослідження, 38,6% усіх дітей шкільного віку у штаті Мічиган мали той або інший ступінь прояву зобу.

Повторні дослідження були проведені у 1929 році. Вони показали, що за умов вживання в їжу йодованої солі, рівень захворюваності дітей шкільного віку на зоб знизився до 9%.

У 1939 році цей показник зменшився до 3,2%. А у 1950 році – до 1%.

Таким чином було доведено, що йодована сіль це – ефективний засіб масової профілактики йододефіцитних захворювань.



Що стосується країн Європи, то масова профілактика йододефіцитних захворювань за допомогою йодованої солі була застосована:

- у 1922 році – у Швейцарії,
- у 1923 році – в Австрії,
- у 1929 році – у гірських районах Італії,
- у 1931 році – у Франції,
- у 1937 році – у Німеччині.

*Таким чином, тільки в ХХ столітті людство отримало достатньо знань для успішного вирішення стародавньої проблеми – захворювань, викликаних нестачею йоду в організмі людини.*

### **Йододефіцит в Україні (вчора)**

Що стосується України, то вперше на державному рівні доцільність та необхідність масової профілактики захворювань, викликаних нестачею йоду в організмі людини, була визнана відразу після закінчення Великої Вітчизняної війни. У червні 1945 року Народний комісаріат охорони здоров'я СРСР вводить в дію інструкцію "Про протизобну йодну профілактику".

Вперше визнано, що "повноцінна" поварена сіль – це сіль, що містить у собі необхідну для організму кількість йоду.

Крім того, профілактика проводилася в усіх ендемічних районах. На Україні такими були: Крим, райони Волинської, Дрогобицької, Львівської, Чернівецької та Закарпатської областей.

Обов'язковій масовій профілактиці підлягали усі діти, що відвідували дошкільні та шкільні установи. Проводилася профілактика відразу двома шляхами:

- шляхом прийому один раз на тиждень таблеток йодистого калію,

– вживанням в їжу “повноцінної” йодованої солі.

Трохи пізніше, у 1955 році Міністерство охорони здоров'я затверджує інструкцію “Про йодування повареної солі”.

Інструкцією було враховано, що йодована (повноцінна) сіль – є звичайною сіллю, до якої примішано необхідну для організму людини кількість йоду. Йодована сіль мусила застосовуватись як профілактичний засіб для боротьби з ендемічним зобом замість звичайної солі.

Майже через рік, у лютому 1956 року міністр охорони здоров'я СРСР видає наказ “Про вдосконалення роботи у боротьбі з ендемічним зобом”. Відповідно до цього наказу санітарні органи повинні були посилити контроль за забезпеченням населених районів зобної ендемії високоякісною йодованою сіллю, а також за її реалізацією.

Крім того, той же наказ передбачав створення республіканських, обласних та крайових протизобних комітетів. А міністру охорони здоров'я України персонально було наказано збільшити випуск таблеток “Антиструміну” до трьох мільйонів. Для цього начальнику Головного аптечного управління СРСР було наказано виділити Україні необхідну кількість йодованого калію.

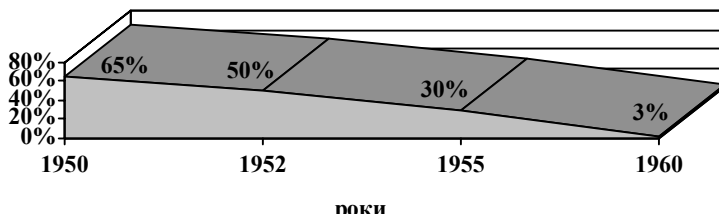
До чого ж привели в Україні всі означені заходи?

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень захворюваності населення України ендемічним зобом зменшився з 65% у 1950 році до 3% у 1960. Іншими словами, за 10 років комплексної профілактики рівень захворювань ендемічним зобом зменшився майже у 22 рази!

Але, незважаючи на позитивні досягнення України у профілактиці йододефіцитних захворювань, непорушними залишились деякі негативні моменти. Наприклад, лікарі довгий час відмовлялись пов'язувати такі факти як кретинізм, збільшення кількості мертвонароджених немовлят, збільшення випадків складних патологій вагітності, зростання показників серцево-судинних захворювань, зниження інтелекту нації та швидку втому дітей із нестачею йоду в організмі людини.

Ці факти залишались непомітними майже до кінця 80-х років минулого століття.

### Рівень захворюваності ендемічним зобом населення України



### Дія йоду на організм людини

На сьогоднішній день вченими доведено, що йод, як хімічний елемент, безпосередньо впливає на формування гормонів щитовидної залози.



У свою чергу, гормони, що виробляються щитовидною залозою, впливають на цілий ряд життєво важливих процесів в організмі людини. Насамперед це:

- розвиток та робота мозку і центральної нервової системи;
- підтримка енергетичних процесів організму та теплообмін;
- прискорення метаболізму;
- жировий, вуглеводний та білковий обміни, обмін жирних кислот;
- обмін вітамінів, перетворення каротину на вітамін А;
- водний та електролітний обміни;
- імунітет;
- ріст та розвиток організму;
- статевий розвиток людини.

У випадку нестачі гормонів щитовидної залози, це може призвести до погіршення діяльності нервової, серцево-судинної та дихальної систем, погіршення обміну речовин та діяльності шлунково-кишкового тракту, погіршення репродуктивної функції організму та негативного впливу на фізичний розвиток людини.

### ***Йододефіцит в Україні (сьогодні)***

У 80-90-х роках минулого століття внаслідок політичної та економічної кризи на Україні, масова профілактика захворювань, пов'язаних з нестачею йоду в організмі людини, була зведена до нуля. Рівень йододефіцитних захворювань за ці роки піднявся більше, ніж у два рази, точніше – на 101%.

У 2002 році на запитання: “Чи страждає хтось із ваших знайомих на йододефіцитні захворювання?” респонденти дали такі відповіді:

- я сам – 8%;
- член моєї родини – 10%;
- мої родичі – 9%;
- колега по роботі – 8%;
- мій знайомий – 18%.

### ***Діяльність Дитячого Фонду (ЮНІСЕФ)***

Проблемою профілактики йододефіцитних захворювань, поряд з іншими організаціями, активно займається Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ).

Завдяки діяльності Дитячого Фонду ООН, у 1990 році в Нью-Йорку під час зустрічі голів урядів 70-ти країн світу було розроблено і затверджено заходи з підтримки дитинства. Ці заходи включали й дії щодо подолання хвороб, пов'язаних з йододефіцитом, до 2000 року.

Йодизацію солі було визнано одним із засобів досягнення цієї мети, а стратегію йодизації затверджено на одній із сесій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Але, на жаль, жодна з республік колишнього СРСР не вжила ніяких заходів для вирішення цього питання на своїй території.

10 травня 2002 року спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН прийняла Декларацію та план дій “Світ, сприятливий для життя дітей”.

Два розділи цього документа “Сприяння здоровому способу життя” та “Забезпечення якісної освіти” зобов'язують уряди країн-членів ООН вжити негайних заходів щодо профілактики ІДЗ та вільного доступу населення до

інформації про захворювання, які виникають внаслідок нестачі йоду в організмі людини.

*26 вересня 2002 року Кабінет Міністрів України приймає Постанову №1418 "Про затвердження Державної програми профілактики йодної недостатності у населення України на 2002-2005 року".*

*Метою Програми є зменшення кількості захворювань, зумовлених йодною недостатністю, збереження і зміцнення здоров'я населення.*

*Основні завдання Програми:*

– вивчення стану фактичного забезпечення населення продуктами харчування, збагаченими йодом, та рівня захворюваності, зумовленої його недостатністю;

– наукове обґрунтування необхідності загального йодування кухонної солі;

– створення умов для зниження рівня та ліквідації захворювань, зумовлених йодною недостатністю;

– розроблення та впровадження нових технологій виробництва продуктів харчування, збагачених йодом;

– сприяння розвитку вітчизняного виробництва продуктів харчування, збагачених йодом та йодату калію, що використовується у технології виробництва йодованої кухонної солі;

– удосконалення форм і методів проведення роз'яснювальної роботи з питань профілактики захворювань, зумовлених йодною недостатністю.

До вирішення питань профілактики йододефіцитних захворювань залучені: Національна академія наук, Академія медичних наук, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти та науки, Держкомстат, Міністерство аграрної політики, Міністерство промислової політики, Міністерство економіки, Міністерство у справах сім'ї та молоді, Рада Міністрів АРК, обласні державні адміністрації.

Але прогрес у цій галузі можливий лише за умов, коли всі учасники процесу, а це і державні, і неурядові, і комерційні організації, будуть діяти як партнери та будуть вживати всіх можливих заходів до зближення та порозуміння у вирішенні питання йододефіцитних захворювань.

### **Соціальні дослідження**

А як же населення України ставиться до програми свого Уряду, дій міжнародних та неурядових громадських організацій? Потрібна чи непотрібна співпраця різних фахівців, різних секторів держави для вирішення питань профілактики йододефіцитних захворювань? Якщо ознайомитись з Національним соціологічним дослідженням "Подолання йододефіцитних захворювань серед населення України", то стає зрозумілим, наскільки необізнані ми з вами та яка величезна загроза нависла над державою.

Дослідження були проведені у 2002 році Українським Інститутом Соціальних досліджень на прохання представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Були опитані 2009 респондентів у 127 населених пунктах по всій Україні.

Наведемо лише деякі, найбільш ілюстративні результати дослідження.

Наприклад, на запитання: *"Як здоров'я людини залежить від того, наскільки раціонально вона харчується?"*, респонденти відповіли наступним чином:

– 46% вважають, що здоров'я перш за все залежить від того, що ми вживаємо у їжу;

- 40% вважають, що здоров'я в значній мірі залежить від харчування;
- 11% вважають, що їх здоров'я частково залежить від раціонального харчування;
- 2% відповіли, що їх здоров'я лише частково залежить від харчування;
- 1% респондентів вважає, що здоров'я людини зовсім не залежить від раціонального харчування.

Тішить той факт, що *все ж таки більшість респондентів (86%) розуміють, що здоров'я людини залежить від раціонального харчування.*

Як респонденти, тобто громадяни України, пов'язують стан свого здоров'я з раціоном харчування?

Серед тих, хто має змогу харчуватись різноманітно, 42% відповіли, що мають добре здоров'я.

Серед тих, хто не має достатнього рівня доходів, лише 7% змогли сказати, що в них хороше здоров'я.

Таким чином, *стан здоров'я та раціон харчування тим кращий, чим більший рівень доходів має людина.*

Як же українці оцінюють різноманітність свого раціону харчування?

65% людей з дуже високими доходами вважають, що їх раціон харчування різноманітний.

Серед середньо забезпечених таких було вже 40%, серед тих, хто заробляє не дуже багато – 21%, а серед бідних – лише 10%.

Як “пересічний громадянин України” поповнює запаси йоду у своєму організмі? Які шляхи ми знаємо?

Про рибу та морські продукти знають 53% респондентів і це дуже втішно!

Але викликає стурбованість той факт, що 28% опитаних вважають, що поповнити запаси йоду в організмі можливо завдяки йодному спиртовому розчину для обробки ран. Відразу застерігаємо від цього, медичний йод – це отрута. Лише 2-3 грами випитого йодного розчину можуть призвести до смерті.

– 16% опитаних окремо виділяють морську капусту ламінарію, яка дійсно дуже багата на йод.

– 12% респондентів згадують про харчові концентрати та добавки, що містять у собі йод.

– 7% віддають перевагу вітамінним комплексам, що містять у собі йод. Тобто мова йде про мінеральні комплекси, бо йод – це мінерал, а не вітамін.

– 5% респондентів вже вимушені приймати медичні препарати, що призначив лікар.

– 3% п'ють, чи просто щось чули про мінеральну воду, яка збагачена йодом.

– 1% опитаних вважає, що треба вживати алкоголь, який містив би в собі йод. До речі, такі спроби були. Протягом короткого часу у торговельній мережі реалізовувалась горілка “Доктор”, збагачена йодом.

Та ще 1% респондентів знає про те, що велику кількість йоду містять у собі горіхи.

*Як бачимо, жодний респондент не пригадав йодовану сіль!*

Невтішними були й відповіді на запитання: “До чого, на вашу думку, призводить нестача йоду в організмі людини?”

– 84% респондентів знають лише про “надводну частину айсберга” – захворювання щитовидної залози та зоб.

– 45% назвали більш вагомий чинник – зниження інтелекту нації. До речі, як показали дослідження в ендемічних районах, у випадку нестачі йоду рівень інтелекту нації може знизитися на 10-15 пунктів.

– 36% мають уявлення про те, що йододефіцит впливає на репродуктивну функцію жінок та збільшення вроджених вад розвитку дітей. Але при цьому жоден респондент не сказав, що той же йодний дефіцит призводить до імпотенції у чоловіків.

Ще 42% правильно вважають, що нестача йоду призводить до враження центральної нервової системи у дітей, формування розумової відсталості у немовлят. Та ще 36% опитаних знають про те, що нестача йоду призводить до різкого збільшення показників дитячої смертності.

Таким чином, *в суспільстві все ще існує стійка думка, що основна небезпека нестачі йоду в організмі людини – це хвороби щитовидної залози та зоб. На жаль, загроза майбутнім поколінням, зниження інтелекту нації та соціальні проблеми, що витікають з цього, мало кому відомі.*

Що стосується питання про йодовану сіль, як найбільш універсальний спосіб та засіб профілактики йододефіциту, то чим вищий рівень освіти респондента, тим частіше він звертав увагу на цей продукт харчування.

### ***Деякі висновки за результатами досліджень***

Виходячи із відповідей респондентів, дослідники зробили наступні висновки стосовно ситуації, що існує на сьогоднішній день:

1. *Респонденти з низьким рівнем життя страждають ЙДЗ частіше, ніж матеріально забезпечені. Таким чином, ЙДЗ мають певний соціальний характер, оскільки бідні люди, не маючи можливості забезпечити різноманітне і повноцінне по своєму складу харчування, схильні до більшого ризику постраждати від йододефіциту.*

2. *Наслідки йододефіциту асоціюються в свідомості респондентів перш за все із захворюваннями щитовидної залози, зокрема, ендемічним зобом. Набагато гірше опитані знають про наслідки, що загрожують майбутньому потомству.*

3. *У масовій свідомості немає чіткої диференціації захворювань щитовидної залози за їх походженням. Таке захворювання, як рак щитовидної залози (пов'язане з наслідками аварії на ЧАЕС), часто сприймається як захворювання того ж походження, що й ендемічний зоб.*

4. *Серед соціальних груп найгірше обізнані про наслідки йододефіциту люди з низьким рівнем освіти і доходів, непрацюючі пенсіонери та мешканці сільської місцевості.*

Хоча переважній більшості опитаних відомо про наявність такого харчового продукту як йодована сіль, тільки половина з них часто бачила цей продукт. Інші або ніколи його не бачили (28%), або бачили лише одного разу (18%).

Гірше за все обізнані про існування йодованої солі респонденти з низьким рівнем освіти і доходів, люди старшого віку (50 років та старше), мешканці села, а також мешканці північних, східних і центральних областей України. До 40% опитаних не знають про профілактичні властивості йодованої солі.

Обізнаність вагітних жінок з питань, пов'язаних з профілактикою йододефіциту, практично не відрізняється від загальної обізнаності населення. Про те, що вживання йодованої солі необхідне для нормального розвитку майбутньої дитини, мало кому відомо.

### **Проект “Національна інформаційно-просвітницька кампанія профілактики йододефіцитних захворювань у населення України”**

Успіх Державної програми попередження йододефіцитних захворювань у населення України в значній мірі залежить від спільних зусиль у пропаганді здорового способу життя та у питаннях профілактики і попередження йододефіцитних захворювань державних, громадських та комерційних структур.

Виходячи з цього, у 2001 році (за рік до прийняття Державної програми) громадська організація “Центр сучасних інформаційних технологій та візуальних мистецтв” за підтримки представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні розпочали проект щодо профілактики йододефіцитних захворювань у населення України.

#### **Мета проекту:**

Зацікавлення регіонів України та створення в них моделі ефективної комунікації по проблемі ЙДЗ.

Створення партнерства медичних, освітянських закладів, громадських організацій, торговельної мережі та ЗМІ для ефективної комунікації з питань ЙДЗ.

Підвищення рівня обізнаності населення щодо йододефіцитних захворювань, їх медико-соціальних аспектів, методів профілактики та шляхів подолання проблеми.

Слід наголосити саме на соціальних аспектах цієї проблеми, бо не можна вилікувати окрему людину, коли хворіє ціле суспільство!

Цільова аудиторія кампанії: лікарі, вчителі, працівники ЗМІ, фахівці споживчого ринку, представники громадських організацій.

Досягнути поставленої мети планується завдяки розробці інформаційних та методичних матеріалів, що сприяли б розширенню інформованості населення та допомогли б фахівцям у різноманітних галузях.

Серед проблем, які сьогодні вочевидь заважають подолати захворювання, пов'язані з нестачею йоду в організмі людини, слід виокремити наступні:

1. Наявність у лікарів домінуючих стереотипів щодо причин та наслідків ЙДЗ. Частина лікарів все ще не бажає помічати деякі захворювання, спричинені йододефіцитом.
2. Відсутність достовірної та об'єктивної інформації із зазначеної проблеми у ЗМІ.
3. Відсутність обізнаності із зазначеної проблеми у працівників споживчого ринку, які могли б пропонувати покупцям купувати йодовану сіль замість звичайної, але не роблять цього.
4. Відсутність обізнаності із зазначеної проблеми у працівників освіти, що призводить до того, що діти (та їх батьки) не володіють інформацією з питань профілактики ЙДЗ, і в цьому зв'язку не можуть себе захистити.
5. Відсутність достатньої поінформованості населення про причини та соціально-медичні наслідки йододефіциту.
6. Недостатня поінформованість населення щодо йодованої солі як засобу масової профілактики ЙДЗ.
7. Наявність у споживачів негативних стереотипів щодо властивостей йодованої солі.
8. Наявність у ЗМІ не зовсім достовірної реклами препаратів, що “сприяють масовому вирішенню” проблеми ЙДЗ.

Тому успіх Національної інформаційно-просвітницької кампанії профілактики йододефіцитних захворювань у населення України залежить від

співробітництва у цьому напрямі законодавчої та виконавчої влади, представників системи охорони здоров'я, освітян, працівників споживчого ринку та представників засобів масової інформації.

*Додаток 4.3*

### **РОЛЬ СУСПІЛЬСТВА У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ ЙДЗ**

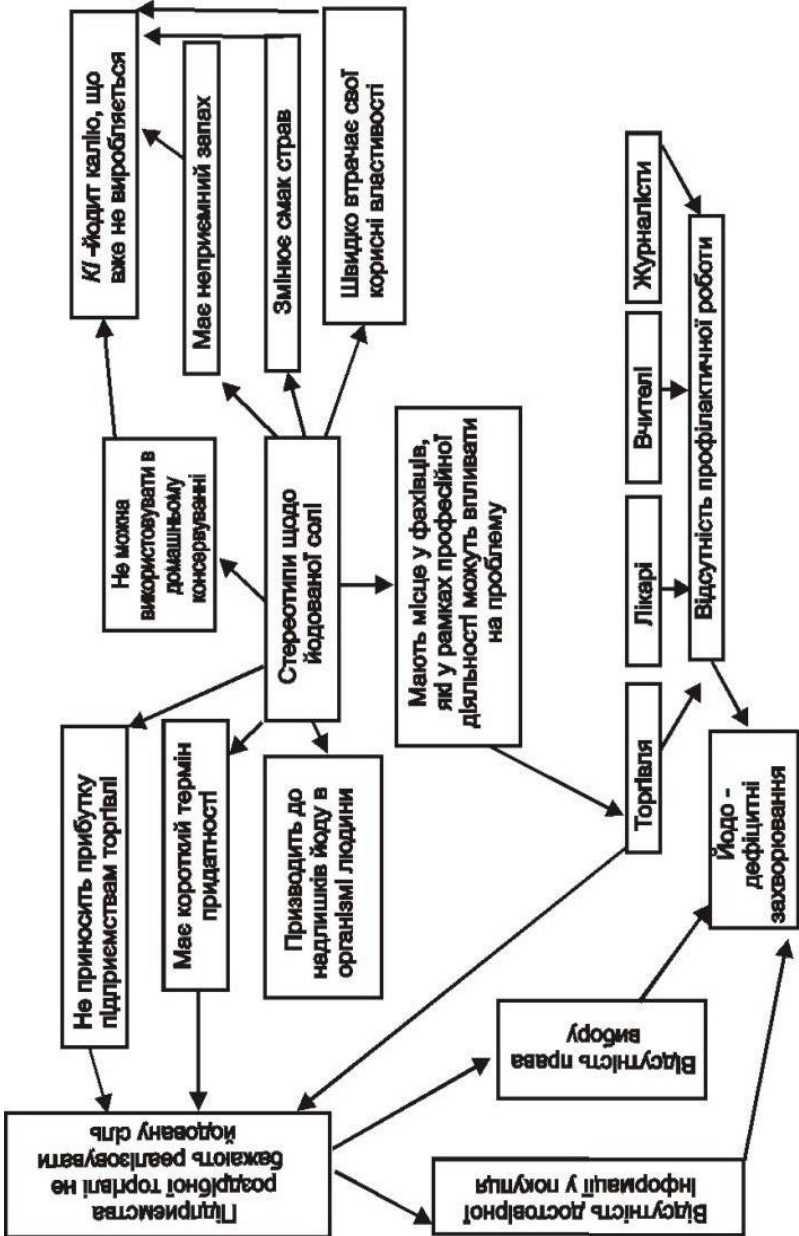


*Додаток 4.4*

### **СХЕМА ДОПОВІДІ ПРЕДСТАВНИКА ГРУПИ**

1. Ми досліджували проблему ...
2. Вона виникла (на неї вперше звернули увагу) ... (де? коли?)
3. Ми вважаємо, що досліджували саме проблему тому, що ...
4. Суть проблеми полягає в тому, що ...
5. Ця проблема впливає на ...
6. Ми вважаємо, що для вирішення цієї проблеми слід ...
7. Що стосується доповнень, які були зроблені нашими колегами, то ми приймаємо наступні: ..., але не згодні з тим, що ... (обґрунтувати свою думку).

ПРИКЛАД АСОЦІАТИВНОГО КУЩА



### ЛЕГЕНДА ПРО СТАРОГО КАПЕЛЮШНИКА

Жив собі старий мудрий Капелюшник. З усіх земних багатств мав він лише кольоровий фетр. Але в нього були золоті руки й прекрасна мудра душа, тому майстер дарував людям дещо більше, ніж капелюхи, кепки, панамы й чепчики. Просвітленими та одухотвореними, рішучими й твердими духом виходили з майстерні старого Капелюшника люди, виносячи свої замовлення. Чи варто говорити про те, як славився майстер, наскільки вдячні були йому люди за чудові капелюхи, що мали велику таємницю.

Але минали роки, і прийшов час, коли пішов у інший світ старий Капелюшник, залишивши шістьом синам майстерню, обрізки кольорового фетру та капелюхи. Шість різнокольорових капелюхів: білий, чорний, червоний, зелений, жовтий і синій.

“Мабуть, це й є те незвичайне замовлення, над яким у останній час так самозабутньо працював батько, – вирішили сини Капелюшника. – Отже, невдовзі має з’явитись і замовник, який щедро розплатиться з нами за батьківську роботу. Ми розділимо гроші та зможемо вирушити у світ”.

Але скільки не чекали сини приходу таємничого замовника, так і не дочекались. Та нічого робити, треба ділити батьківську спадщину – розбирати капелюхи та вирушати в різні сторони.

#### **Перші номери:**

“Я візьму собі капелюх білого кольору, – заявив перший син. – Він такий витончений, захоплюючий та прекрасний, я буду в ньому красуватись на балах та прийомах. Саме цей капелюх буде говорити про моє “непросте” походження. А то хіба це велика честь бути сином звичайного капелюшника!”

Володар білого капелюха став досить важливим чином. Він мав повагу людей через свою безпристрасність. Факти, цифри й хроніка подій були для нього важливішими від усього на світі. Але якимось холодом віяло від цієї людини, здавалося, що емоції й почуття він утратив назавжди. Прекрасна машина, а не жива людина відтоді ходила землею.

#### **Другі номери:**

“А я обираю чорний капелюх, – сказав другий син. – І він не менш витончений, ніж білий, він має багатий вигляд, пасує до будь-якого костюму та події, у ньому я буду одночасно суворим, покажним та вишуканим”.

Господар чорного капелюха раптом став бачити все в чорному кольорі. Усе в нього підлягало сумніву й критиці, на Сонці шукав плями, у людині – її тінь, а в світанку бачив неминучий вечір. Часто ця риса рятувала його від поразки й краху в справах, але саме вона позбавила його радості. Радості від сонячного ранку й співу птахів, від зустрічей з людьми та природою, а найголовніше – від власних думок та вчинків. І це, звичайно ж, відбилося на його характері. Завжди похмурим та незадоволеним став господар чорного капелюха.

#### **Треті номери:**

“Нехай моїм капелюхом стане червоний, – вигукнув третій. – Як я мріяв завжди вирізнитись з натовпу, як я хотів бути в центрі уваги, щоб мною милувались і захоплювались жінки. А в цьому капелюсі я буду чарівний!”

Власник червоного капелюха з того часу жив під владою емоцій. Радість і сум, туга й подив, страх і гнів, задоволення й розчарування володіли його душею. “Яка безпосередня, щира й жива людина!” – захоплювались люди при зустрічі з ним. “Наче мала дитина, що живе минущистю почуттів”, – казали про



нього інші. Як чутлива людина він страждав та радів, любив та ненавидів, захоплювався та співчував. Але часто він не міг зрозуміти свої емоції й почуття, розібратися в їх причинах та джерелах, не знав, як їх проявляти, і тим більше, не міг керувати ними. Найдивовижніше, що не лише оточуючий світ залишався для нього загадкою, часто він не міг зрозуміти й себе самого. Такий загадковий та нез'ясовний він привертав увагу жінок та друзів, але вони через певний час розчаровувались у ньому, оскільки не знаходили в цій людині постійності й відданості.

#### ***Четверті номери:***

“Що ж, я обираю собі жовтий капелюх, – показав четвертий. Жовтий колір – колір сонця, радощів і багатства, а це мені так необхідно! Може бути, що володіючи жовтим капелюхом, я зможу стати щасливим, хто знає?”

Чоловік у жовтому капелюсі радів сонцю, кожному дню, відкрито йшов назустріч пригодам та відкриттям. Ніщо не лякало його, не зупиняло, адже попереду лише світло, добро та теплота людських рук. Ця свята віра та наївність не раз підводили його, але ніщо не могло приголомшити цього оптиміста. У звичайному камені він бачив дорогоцінні кристали, у росинці – сонячну веселку, а в повсякденні – дива. “Мрійник, романтик, не від цього світу дурень, безсрібник”, – казали про нього одні. “Багатої душі людина”, – казали інші.

#### ***П'яті номери:***

“Зелений капелюх нагадує мені весняні луки і льотне поле, широке та безкрає, яке дарує можливість польоту. Тисячу разів я літав уві сні над зеленою прекрасною Землею, може бути, зелений капелюх допоможе здійснитися моїй мрії”, – мрійливо показав п'ятий син.

І власник зеленого капелюха опинився в дивовижному світі творчості. Усе, що він бачив, чув, відчував, перетворювалось на поезії та музику, картини та скульптури, романи, повісті, оповідання, п'єси для театру й кінематографа. Його талантом захоплювалися люди, знаходили в його творах відповіді на свої запитання. Але як часто він, який жив у світі своїх творів, опинявся беззахисним перед суворою дійсністю, непристосованим до життя в реальному світі.

#### ***Шості номери:***

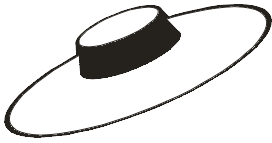
“Мені ж залишається синій капелюх, і я дуже радий цьому. Синій колір – колір очей нашого батька, безкраїх морських та небесних просторів. Осягти їхню глибину й висоту – ось моє покликання. Чи вистачить на все задумане сил, рішучості й часу?” – думав шостий із синів Капелюшника.

Володар синього капелюха став вічним мандрівником та мислителем, який блукав лише йому відомими шляхами, орієнтуючись на лише йому відомі знаки й символи, не відхиляючись від мети, не поспішаючи й не уповільнюючи своєї ходи. Помічаючи багато чого, він обирав лише те, що важливо в даний момент для досягнення поставленої мети. Саме ці якості дозволили йому спуститись на морське дно й піднятися в небесну височінь. “Щасливий чоловік – досягнув того, чого хотів”, – казали одні. “А чи зможе він поділитись своїми відкриттями, знахідками, думками й почуттями з іншими, щоб заразити їх жагою відкриттів, звершень і перемог?” – питали інші. Але поки на це питання відповіді немає.

Настав той день, коли сини Капелюшника знову зустрілись під дахом батьківської майстерні. Довгі зимові вечори провели вони за розповідями про свої мандри, зустрічі, розлуки й життєві уроки. Дивувались брати тим змінам, що відбулися в кожному з них. І лише зараз почали вони розуміти, яке

казкове багатство залишив їм у спадщину великий майстер. І кожному захотілося приміряти на себе капелюх іншого, щоб стати неупередженим і критично мислити, уміти бачити позитивні сторони і не боятись почуттів, навчитись творити й невідступно йти до наміченої мети.

*Додаток 4.7*



*Червоний*



*Білий*



*Чорний*



*Жовтий*



*Зелений*

Виготовляється на аркуші світлого червоного паперу формату А5.

*Додаток 4.8*

### **ЙОДУВАТИ СІЛЬ – ОПТИМАЛЬНЕ РІШЕННЯ**

1. Сіль – один з небагатьох харчових продуктів, що вживається людиною в їжу кожного дня, незалежно від віку, рівня доходів, соціального статусу тощо.
2. Сіль за своєю ціною – продукт, доступний кожному.
3. Щодобово людина вживає в їжу близько 3-5 грамів солі. Йодована сіль не призводить до накопичення залишків йоду в організмі людини.

## ШЛЯХИ ПОПОВНЕННЯ ОРГАНІЗМУ ЙОДОМ



Додаток 4.9

## ВМІСТ ЙОДУ В ДЕЯКИХ ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ (в мкг на 100 г продукту)

Продукт	Вміст йоду	Продукт	Вміст йоду
Хлібобулочні вироби	3,0-8,4	Мигдаль	2,0
Крупи	1,5-4,5	Волоський горіх	3,1
Борошно	2,0-3,0	Фундук	0,2
Кукурудза	5,2-7,0	Молоко коров'яче	9,3
Овес	7,5	Молоко козине	2,0
Ячмінь	8,9	Кефір	до 30,0
Рис	2,3	Йогурт	9,0
Гречана крупа	5,1	Сметана	7,0
Горох	5,1	Молоко сухе цільне	50,0
Квасоля	12,1	Суша дитяча молочна суміш	145,0
Соя	8,1	Яловичина	7,2
Вівсяні пластівці "Геркулес"	6,0	Свинина	6,6
Макаронні вироби	1,5-4,3	Телятина	7,0-13,0
Картопля	2,8-8,0	Печінка теляча	6,8
Морква	3,0	Серце теляче	7,3
Салат	8,0	Печінка свиняча	13,1

<i>Продукт</i>	<i>Вміст йоду</i>	<i>Продукт</i>	<i>Вміст йоду</i>
Буряк	4,0	М'ясо куряче та качине	20,0
Томати	73,0	Яйця курячі	23,0
Перець червоний солодкий	3,0	Жовток яйця	4,0-5,0
Цибуля ріпчаста	3,0	Хек	110,0
Баклажани	2,0	Окунь морський	130,0
Капуста білокачанна	3,0	Тріска	263,0
Редис	8,0	Креветки	110,0
Часник	9,0	Горбуша	50,0
Шампінйони	18,0	Камбала	50,0
Огірки ґрунтові	3,0	Кета	50,0
Сливи	8,0	Лемонела	50,0
Вишні	2,0	Минтай	150,0
Яблука	2,0	Мойва	50,0
Виноград	8,0	Путасу	135,0
Персики	2,0	Салака	50,0
Апельсини	3,1	Сардина	35,0
Ягоди	7,0	Скумбрія	45,0
Мед	2,0	Судак	5,0
Фундук	0,2	Сом, щука	5,0

#### *Додаток 4.10*

### **ПАКУВАННЯ І МАРКУВАННЯ ЙОДОВАНОЇ СОЛІ**

Тип упаковки, маркування на упаковці йодованої солі визначають державний стандарт ДСТУ 3583-97 (ГОСТ 13830-97) "Сіль кухонна харчова. Загальні технічні умови" і технічні умови ТУ В18.446-97 "Сіль кухонна йодована. Технічні умови".

Для пакування йодованої солі використовується поліетиленова плівка з пігментним покриттям, пластикова тара та папір із внутрішнім пакетом. Пачки і пакети запечатуються шляхом термічного зварювання шва (поліетиленова плівка) або шляхом заклеювання спеціальним клеєм.

На кожній споживчій упаковці має бути зрозуміла назва продукту "Йодована сіль" відповідно до вимог нормативної документації. На кожній дрібній упаковці йодованої солі надруковано:

- Назва підприємства-виготовлювача, його товарний знак і адреса.
- Назва продукції, спосіб виробництва, сорт, величина помелу, назва йодуючої добавки і масова частка йоду.
- Маса нетто.
- Дата виготовлення (місяць і рік), термін придатності, умови зберігання.
- Напис: "Йодована сіль є профілактичним засобом лікування йодозалежних захворювань".
- Позначення ГОСТУ чи ТУ.
- Інформація про сертифікацію продукту, штриховий код.

## КОНСПЕКТ УРОКУ ДЛЯ МОЛОДШИХ КЛАСІВ

(Урок розроблений А.О. Рудаковою, вчителем - методистом)

**ТЕМА:** Здоров'я – найдорожчий скарб. Роль харчування для здоров'я.

**МЕТА:** дати учням поняття про вітаміни та мікроелементи, їх види і роль у житті людини; викликати у дітей інтерес до вітамінів та сформувані прагнення до збереження власного здоров'я.

### ХІД УРОКУ

#### I. Організація класу

**II. Актуалізація опорних знань, мотивація навчально-пізнавальної діяльності учнів.**

**Учитель:** Сьогодні ми будемо говорити не про числа, букви, звуки, а розглянемо дуже важливе в житті кожної людини, як маленької, так і дорослої... Як ви думаєте, що?

Пригадайте таку ситуацію: сімейне свято, наприклад, день народження, або ще якась видатна подія. То що ж бажають люди від щирого серця? (відповіді учнів).

**Учитель:** Так, здоров'я (усім класом прочитати плакат "Здоров'я – найдорожчий скарб"). А що таке здоров'я? (відповіді учнів).

**Учитель:** Здоров'я – це коли кожному з вас добре, нічого не болить. Ви, напевно, знаєте, що існує багато хвороб, які підривають здоров'я людини. Є такі захворювання, проти яких медицина ще безсила. Проте, в медицині існує правило, що хворобу легше попередити, ніж вилікувати. Як ви вважаєте, що ж потрібно робити, щоб бути здоровим?

**Учні:** Дотримуватись режиму дня, виконувати фізичну зарядку, вимоги особистої гігієни (мити руки, вуха та обличчя, чистити зуби тощо), вживати корисну їжу.

#### III. Сприймання й усвідомлення учнями нового навчального матеріалу.

**Учитель:** А ви хочете дізнатись, яким чином здоров'я людини залежить від харчування? Тоді вирушимо в цікаву мандрівку до планети "Корисної їжі" (лунає космічна спокійна музика).

**Учитель:** Сядьте зручніше, закрийте очі. Два рази вдихніть і видихніть... Я хочу запросити вас у мандрівку на хмаринці. Уявіть, що ви стрибнули на білу пухнасту хмаринку, схожу на м'яку гору із подушок. Відчуйте, як ваші ноги, спина зручно розташувались на ній.

Тепер починається мандрівка. Наша хмаринка повільно піднімається в синє небо. Відчуваєте, як вітерець приємно обвіває обличчя?

Тут, високо в небі, все спокійно і тихо. Зараз хмаринка перенесе вас у таке місце, де ви будете здоровими й щасливими.

Постарайтесь в думках "побачити" це місце точніше. Тут ви відчуваєте себе зовсім спокійно і щасливо. Тут може трапитись щось чудесне та чарівне... (пауза).

Розплющіть очі. Ми на іншій планеті. Першою тут є країна "Корисної їжі".

Не знаю як вам, а мені дуже цікаво, що ж це за країна жовтого кольору? Разом ми прочитаємо її назву.

**Учні (читають):** "Добростравія".

**Учитель:** Прочитаймо разом принципи, за якими живуть мешканці цієї країни.

**Учні (читають надпис на плакаті):**

Щоб здоровим бути, треба добре дбати  
Про своє здоров'я кожен день і час.  
Тільки все корисне слід нам споживати,  
Щоб в лікарні зовсім не діждались нас.

**Учитель:** З яких слів складається назва країни “Добростравія”? Як ви розумієте вислів “добра страва”? Це та, яка допомагає людині бути здоровою, сильною, розумною. Чи завжди смачна їжа корисна? Прочитайте вірш.

**Учні (читають вірш з папірців, що роздала вчителька):**

Ліпші ласощі для Лесі та Антона  
Полуниці, сливи й винограду грона,  
Бо не тістечка й цукерки,  
А духмяні фрукти й соки  
Розрум'янюють здоров'ям  
У дітей рожеві щоки.

**Учитель:** Так що краще для здоров'я з'їсти: тістечка й цукерки, чи полуниці, сливи й виноград? Чому?

**Учень:** Полуниці, сливи й виноград багаті вітамінами.

**Учитель:** І тому на нашій новій планеті існує друга країна – “Вітамінія”. Що означає це слово?

Слово “вітаміни” походить від латинського слова “віта” – життя і “амін” – білкова речовина. Отже, це слово слід розуміти так: вітаміни – необхідні для життя речовини. Якщо в організмі не вистачає вітамінів, людина хворіє. Вітаміни мають назви, але для зручності їх позначають літерами латинського алфавіту.

Зараз ми познайомимось з мешканцями країни “Вітамінія”. А ось і вони – “Вітамінчики” (ролі “Вітамінчиків” виконують заздалегідь підготовлені учні).

**Вітаміни (разом):**

Добрий день! Впізнали нас?  
Ми вітаміни,  
Дуже корисні для людини.

**Вітамін А:**

Я вітамін на ім'я “А”.  
Хоч невеликого я зросту,  
Корисний дуже для дітей,  
Сприяю правильному росту,  
Нормалізую зір людей.

*(підіймає візитку)*

Мене багато в моркві, сирі,  
А також в риб'ячому жирі,  
Достатньо в маслі та помідорах  
В цибулі, яйцях теж багато.

**Вітаміни групи В**

*(дві особи):*

Ми вітамінами “В” зветься,  
За справу нелегку беремося, -  
Роботі розуму допомагаємо  
Та й про фізичну працю  
Ми не забуваємо.  
Щоб нас достатньо споживати,  
*(підіймають візитку)*

Потрібно житній хліб,  
Горох вживати,

**Вітамін С:**

Я теж важливий вітамін.  
Звусь я “Це” – запам'ятайте!  
Щоденно ви мене вживайте,  
Бо росту вашому сприяю  
Та кровообігу допомагаю,  
Та і застуді я запобігаю.

*(підіймає візитку)*

Живу в помідорах і картоплі,  
В капусті, навіть в часнику,  
А ще у хроні та цибулі,  
Продукти ці всім до смаку!

**Вітамін Д:**

А ви про мене не забули?  
Дружіть зі мною ви завжди:  
Моя робота, якщо чули,  
Зміцнити ваші кісточки.  
Як я звуся, діти? “Де”.

*(підіймає візитку)*

Живу в печінці, в риб'ячому жирі  
У житнім хлібі й молоці...  
А хто вживає ці продукти,  
Будьте здорові, молодці!

**Усі вітаміни:**

Ми – вітамінів група дружна!  
Нехай тут кожен учень знає,

Квасоллю, із яєць жовток  
Та м'яса немалий шматок.

Що той здоровим буде дуже,  
Хто регулярно нас вживає!

**Учитель:** Можна залишити ваші візитки в класі, щоб ми частіше до вас звертались? То які вітаміни потрібно вживати щодня? Де їх найбільше – підкажуть вам оці візитки.

А ось перед нами третя країна. Подивіться, як багато в ній міст. Прочитаймо разом її назву: “Йодія”.

Вам хочеться поближче роздивитися цю країну? Але наша хмаринка так високо, що це зробити неможливо без спеціального приладу – телескопу, який допомагає спостерігати за предметами на далекій відстані. У мене він є! Допоможіть, будь ласка, його налагодити.

**Фізкультхвилинка** (виконується стоячи).

- |                   |                      |                        |
|-------------------|----------------------|------------------------|
| 1. Протріть лінзу | 3. Наведіть різкість | 5. Присядьте           |
| 2. Витягніть      | 4. Нахиліться        | 6. Встаньте навшпиньки |

**Учитель:** Все! Зупинилися! Дуже гарно видно (*учні сідають*).

Оце так! Терли, терли скло – а на ньому залишилась якась краплинка. Ти хто така?

**Запис на магнітофоні:**

*“Я – дівчинка Йодинка. В моїй країні “Йодія” продукти харчування містять йод. Він захищає людину від хвороб, допомагає росту, в навчанні, знімає втоми. Тільки не плутайте з йодом, яким лікують ранки. Його пити не можна. І я дуже хочу, щоб після цієї екскурсії ви вживали продукти, які містять йод. Бажаю здоров'я!”*

Ну що, хочете дізнатись про продукти, в яких міститься йод? Навели телескопи (*динамічна пауза*).

Місто “Приморськ”. Як ви розумієте це слово? Чим харчуються мешканці цього міста? Це дари моря – продукти, в яких міститься найбільше йоду. Про це говорить народна мудрість: “Іж більше рибки – ніжки будуть швидкі”. Повторимо.

Відгадайте загадку “Зверху кістяне, всередині їстівне” (*Горіх*).

Так, і місто тут є з такою назвою, місто “Горіхове”, бо шкаралупа горіха теж містить багато йоду. З неї роблять лікувальні настої.

Наведемо далі телескопи. Як називається це місто?

**Учні:** Місто “Медове”.

**Учитель:** Як ви вважаєте: чим багате це місто? Мед – це дуже корисний продукт, який містить у собі сполуки йоду. Тому мед не лише ласощі, а й ліки. І останнє місто країни “Йодії” – “Овочеве”

Відгадайте загадки:

1. В земляній сиджу коморі,  
А коса моя надворі. (*Морква*)
2. Червоні чоботи в землі закопані. (*Буряк*)
3. Довгий, зелений,  
Добрий солений,  
Добрий і сирий,  
Хто він такий? (*Огірок*)

Подумайте, чому саме ці овочі ростуть в країні “Йодія”?

#### IV. Узагальнення та систематизація знань

**Учитель:** Ще раз повторимо. Як назвати одним словом моркву, буряк, огірки ... (овочі); яблука, сливи, груші ... (фрукти); рибу, крабів, морську капусту... (морепродукти)?

А яка пора року на нашій планеті? (Осінь). Що ж нам дарує осінь? Співають пісню.

#### Що нам осінь принесе?

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Що нам осінь принесе? (двічі)          | – Овочів різних повний город! (двічі) |
| – Яблука рум'яні, пахучий мед! (двічі) | Що нам осінь принесе? (двічі)         |
| Що нам осінь принесе? (двічі)          | – Хліба золотого на цілий рік! (вічі) |

(Слова Л. Некрасової, музика З. Левіної)

#### Фізкультхвилинка

#### V. Підсумок уроку

**Учитель:** Закрийте очі...Пригадайте слова пісні і скажіть, в яких продуктах міститься йод? (яблука рум'яні, пахучий мед, овочі на городі).

– А чи кожного дня ви їсте рибу, морську капусту, горіхи, мед, фрукти, овочі? (відповіді учнів).

**Учитель:** Так що нам робити?

До нас на допомогу прийшла Йодинка. Вона принесла нам “торбинку здоров'я”. Що ж в ній? Сіль, та не звичайна, а йодована. У ній міститься потрібний нам йод. Хто вживатиме йодовану сіль, той не хворітиме, добре ростиме й навчатиметься.

#### VI. Домашнє завдання

Ці подарунки ви принесете матусям, розповісте про дівчинку Йодинку і обов'язково нагадаєте про те, яке значення має вживання йодованої солі.

#### Матеріали до уроку:

- ПЛАКАТИ: 1. Здоров'я – найдорожчий скарб!  
2. Щоб здоровим бути, треба добре дбати  
Про своє здоров'я кожен день і час.  
Тільки все корисне слід нам споживати,  
Щоб в лікарні зовсім не діждались нас.

#### МАЛЮНКИ ДО ТЕЛЕСКОПУ.

Сам телескоп зображується у довільній формі, але його “скло” має бути у діаметрі приблизно 50 см, для того, щоб учасникам було добре видно, що зображено на додаткових лінзах телескопу.





*Приморськ*: на лінзі намальовані морські продукти (риби, що вживаються у їжу, морська капуста, краби, креветки).

*Горіхове*: на лінзі зображені волоські горіхи.

*Медове*: на лінзі зображений вулик, бджоли, мед у діжечці.

*Фрукталія*: на лінзі зображені фрукти, що містять у собі найбільшу кількість йоду (сливи, ягоди, апельсини, вишні, яблука).

*Овочеве*: на лінзі зображені овочі, що містять у собі найбільшу кількість йоду (томати, морква, картопля, буряк, салат, цибуля, огірки, кукурудза).

Розміри лінз повинні відповідати розміру “скла” телескопа ( $D = 45-50$  см).

ДІВЧИНКА ЙОДИНКА намальована у вигляді краплинки фіолетового кольору, що посміхається.

ВІТАМІНЧИКИ намальовані на аркуші ватману формату А4.

*Вітамін А*: позначення вітаміну “А” та продукти, що його містять: морква, сир, риб'ячий жир, томати, коров'яче масло, яйця, цибуля.

*Вітамін В*: позначення вітаміну “В” та продукти, що його містять: житній хліб, квасоля, яйця, м'ясо.

*Вітамін С*: позначення вітаміну “С” та продукти, що його містять: апельсин, червона та чорна смородина, томати, картопля, капуста, часник, хрін, цибуля.

*Вітамін D*: позначення вітаміну “D” та продукти, що його містять: печінка, риб'ячий жир, молоко, житній хліб.

#### КАЗКОВА ПЛАНЕТА



Додаток 4.12

#### ДИДАКТИЧНИЙ АНАЛІЗ УРОКУ

“Здоров'я – найдорожчий скарб. Роль харчування для здоров'я”

*Схема самоаналізу уроку, проведеного вчителем*

1. Виконання програми (чи вдалося реалізувати намічений план уроку).
2. Рівень вирішення основних навчальних, виховних та розвиваючих завдань уроку, реалізації відповідних цілей.

3. Обґрунтування використаної літератури, методів та прийомів навчання на уроці.

Поясніть, чому ви обрали саме цей тип уроку; який зв'язок між цілями, завданнями, структурою й використаними методами та прийомами на уроці; наскільки вдало використані методи й прийоми мотивації навчальної діяльності.

Як реалізовані основні положення поетапного формування понять у процесі пояснення нового матеріалу?

Наскільки вдало включені в канву уроку проблеми профілактики ІДЗ?

Як було реалізовано закріплення й узагальнення матеріалу, що вивчається? Чи мало місце практичне застосування отриманих знань?

Наскільки вміло й ефективно були використані дидактичні методи організації пізнавального процесу, методи стимулювання, контролю й самоконтролю? Чи відповідає домашнє завдання віковим особливостям дітей? Чи не сприяє їхньому перевантаженню?

Яке завдання з профілактики ІДЗ отримали учні?

4. Аналіз діяльності учнів на уроці. Наскільки вміло використані групові та індивідуальні форми роботи? Як відбувався диференційований та індивідуальний підхід і оцінювались результати навчальної діяльності учнів? Чи ефективно використовувалась навчальний час? Як стимулювалась активність учнів? Рівень лексичної грамотності відповідей учнів? Робота вчителя щодо формування монологічного мовлення учнів?

5. Використання навчального обладнання.

Яке обладнання було у вашому розпорядженні? Як воно було використане на даному уроці? Які резерви його використання?

**Висновки:** Як ви вважаєте, чи було досягнуто мети уроку? Над чим ще треба працювати?

#### ***Картка-додаток до аналізу уроку заучем школи***

Уявіть, що ви завуч, визнаний методист школи. До вашої думки будуть прислухатись усі вчителі й адміністрація школи, тому ваш аналіз має бути переконливим та грамотним. Щоб він став таким, виконайте наступні поради.

1. Ознайомтесь за підручником з темою уроку, з методикою його проведення (за методичною літературою) та з наявною літературою з профілактики ІДЗ.
2. Глибоко та ґрунтовно вивчіть методи організації та реалізації навчально-пізнавальної діяльності, методи стимулювання й мотивації навчальної роботи, методи контролю й самоконтролю ефективності навчання й проаналізуйте з позиції вмілого поєднання їх на уроці.
3. Проаналізуйте методичну сторону уроку з точки зору педагогічної ефективності невикористаних на уроці методів навчання з урахуванням контингенту класу (сильних, середніх і слабких учнів).
4. Заздалегідь ознайомтесь з наявною літературою з проблеми профілактики ІДЗ.

#### ***Картка-додаток до аналізу уроку організатором позакласної та позашкільної виховної роботи***

Поряд з вирішенням основних дидактичних завдань на уроці йде процес виховання учнів. Проаналізуйте урок з таких позицій:

1. Наскільки вдало підібрано навчальний матеріал даного уроку в плані виховання, у т.ч. й матеріал з профілактики ІДЗ?
2. У чому ви бачаєте невикористання можливостей уроку у вихованні дітей?
3. Яка робота на уроці проводиться з "важкими" дітьми?

### **Картка-додаток до аналізу уроку головою методичного об'єднання**

Уявіть собі, що ви – голова методичного об'єднання, кращий учитель району (міста), добре знаєте відповідні навчальні дисципліни та методику їх викладання.

До вас будуть прислухатись як до провідного спеціаліста, тому ваш аналіз уроку має бути найбільш грамотним, повним та переконливим. Задовго до уроку продумайте оригінальний варіант уроку з даної теми (з точки зору актуалізації опорних знань, вивчення нового матеріалу та матеріалу з профілактики ІДЗ, закріплення отриманих знань).

Заздалегідь ознайомтесь з наявною літературою з проблеми профілактики ІДЗ.

#### **Картка-додаток до аналізу уроку вчителем сусідньої школи**

Ви вважаєте себе знаючим, творчо працюючим учителем, майстром своєї справи. Крім того, ви представляєте свій педагогічний колектив. За вашим виступом будуть судити не лише про вашу майстерність, але й про весь педагогічний колектив школи. Ознайомтесь з наявною літературою щодо профілактики ІДЗ, методів та принципів навчання. Продумайте оригінальний варіант даного уроку. При необхідності зверніться за консультацією до вчителя - майстра.

Уважно стежте за ходом уроку, намагайтесь усе записувати. Поряд з цим аналізуйте урок, подумки конструйте свої варіанти вирішень тих чи інших завдань уроку. Добре продумайте свій виступ. Він має бути коротким, чітким, зрозумілим і переконливим.

#### **Картка-додаток до аналізу уроку директором школи**

Ви – директор школи. За положенням та службовими обов'язками вам треба поставити крапки над "і": дати глибокий аналіз уроку, підбити підсумки виступів учителів та посадових осіб, виділити головне, суттєве на уроці, делікатно та переконливо зробити зауваження, не допускати дрібних прискіпувань, поставити завдання щодо розвитку позитивного, накреслити шляхи подолання недоліків, вирішити питання про вивчення й пропаганду досвіду роботи вчителя, якщо він на це заслуговує, або порадити йому повчитись у своїх колег, якщо існує така необхідність. Ознайомтесь з наявною літературою з проблеми профілактики ІДЗ.

Добре підготуйтеся до аналізу уроку і до свого виступу.

#### **Картка-додаток до аналізу уроку батьками учня**

Уявіть собі, що в цьому класі, де ви були на уроці, навчається ваша дитина.

З тих чи інших причин вона сьогодні відсутня. І, як заведено в Японії, коли учень не може з'явитись на уроці, їх відвідують батьки та записують завдання.

І ось ви просиділи на уроці. Чи все зрозуміли з питань профілактики ІДЗ?

Що ж ви скажете своїй дитині? Які завдання їй принесете? Які висновки для себе ви зробите?

#### **Картка-додаток до аналізу уроку методистом районного методкабінету**

Вам доручена найскладніша робота – проаналізувати проведений урок, охарактеризувати та оцінити глибину й об'єктивність аналізу, даного завучем, організатором позакласної й позашкільної виховної роботи, головою методичного об'єднання вчителів, учителем сусідньої школи і директором школи.

Тому, крім вивчення принципів і методів навчання, типів і структури уроків, слід ознайомитись з додатком 3.2. та наявною літературою з проблеми профілактики ІДЗ. Добре продумайте свій виступ. Аналіз має бути вимогливим і чітким. Не допускайте зайвого лібералізму в оцінці умінь і навичок, адже ви представляєте районний методкабінет.

## РОЗДІЛ 5. ТРЕНІНГ “ДОМАШНЄ НАСИЛЬСТВО ЯК ПРОЯВ ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ”

**Мета:** сформувати уявлення про джерела і шляхи подолання домашнього насильства та забезпечити засвоєння основ захищеної поведінки у випадку його прояву.

<b>Вид діяльності</b>	<b>Завдання</b>	<b>Остаточний результат</b>	<b>Орієнтовний час проведення</b>
<b>Вступна частина</b>			40 хв.
<i>Вправи на зняття м'язового напруження</i>			5 хв.
<b>Основна частина</b>			180 хв.
<b>Вправа “Домашнє насильство – порушення прав людини” (робота в малих групах)</b>	Завдяки знайомству з Декларацією про викорінення насильства проти жінок глибше зрозуміти проблему насильства в цілому і краще усвідомити свою роль у боротьбі з цим соціальним злом. Шляхом розгляду конкретного випадку усвідомити, що домашнє насильство порушує права людини	Підвести учасників до розуміння, що насильство в сім'ї несумісне з принципами демократичної держави, де існує верховенство права, дух і буква закону	30 хв.
<b>Вправа “Хто може бути домашнім насильником” (метод запитань-відповідей)</b>	Звертаючись до індивідуального досвіду учасників, підготувати їх до рефлексії при виконанні наступних вправ	Підвести учасників до розуміння, що насильником у сім'ї може бути будь-яка людина незалежності від статі, соціального положення, достатку тощо. Але від домашнього насильства, в основному, потерпають жінки і діти. В 97% випадків насилля в сім'ї здійснює чоловік	10 хв.
<i>Перерва на каву</i>			20 хв.

<p><b>Вправа “Колесо наси́льства”</b> (робота в малих групах)</p>	<p>Ознайомити учасників з різними формами насильства в сім’ї</p>	<p>Показати, що фізичне насильство виступає в ролі фактора підсилення інших видів пригнічення особистості й може нанести значної шкоди фізичному, психічному і репродуктивному здоров’ю жертви</p>	<p>30 хв.</p>
<p><b>Вправа “Портрет наси́льника”</b> (мозковий штурм)</p>	<p>Визначити основні якості, притаманні насильнику в сім’ї</p>	<p>Показати, що насильник використовує насильство для самоствердження і підвищення власної самооцінки за рахунок пригнічення іншої особистості</p>	<p>10 хв.</p>
<p><b>Вправа “Портрет наси́льника”</b> (мозковий штурм)</p>	<p>Визначити основні якості, притаманні насильнику в сім’ї</p>	<p>Показати, що насильник використовує насильство для самоствердження і підвищення власної самооцінки за рахунок пригнічення іншої особистості</p>	<p>10 хв.</p>
<p><i>Вправи на зняття м’язового напруження</i></p>			<p>5 хв.</p>
<p><b>Вправа “Традиційна чоловіча самоіденти- фікація”</b> (міні-лекція)</p>	<p>З’ясувати соціальні і, зокрема, гендерні аспекти проблеми чоловіків – домашніх насильників</p>	<p>Показати, що існують історичні корені насильства в сім’ї та, що їх існування сьогодні обумовлене, в першу чергу, неправильною моделлю виховання хлопчиків</p>	<p>10 хв.</p>
<p><b>Вправа “Портрет жертви насиль- ства у сім’ї”</b> (метод інсценування або метод показу)</p>	<p>Використовуючи емоційну сферу учасників, показати їм психічний стан жертви насильства</p>	<p>Підвести учасників до розуміння, що жертва насильства потребує допомоги оточуючих і сама повинна засвоїти певні основи захищеної поведінки</p>	<p>30 хв.</p>
<p><i>Перерва на каву</i></p>			<p>20 хв.</p>
<p><b>Вправа “Шляхи подолання наси́льства в сім’ї”</b> (ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми”)</p>	<p>Спираючись на власний досвід учасників, розробити ефективну систему запобігання насильству в сім’ї</p>	<p>Показати, що викорінення насильства в сім’ї пов’язане зі змінами в системі виховання, з урахуванням гендерної рівності, та зміною ставлення держави і громади до цього ганебного явища</p>	<p>30 хв.</p>
<p><b>Заключна частина</b></p>			<p>20 хв.</p>

## ВСТУПНА ЧАСТИНА

*Інформаційне повідомлення тренера.* Поняття "сім'я" у нас звичайно асоціюється з безпекою і захистом, з місцем, де можна знайти спочинок і порозуміння. Проте, все частіше дізнаємося про існування сімей, де люди живуть, образно кажучи, у "зоні військових дій". Ї страждають від цього слабкі та незахищені – жінки, діти, немічні.

Але переважна більшість потерпілих від насильства в сім'ях – саме жінки. Тому будемо розглядати окремий вид насильства – домашнє насильство над жінкою, коли дружина або подруга є незахищеною від насильства чоловіка, з яким вона має або мала постійний зв'язок.

*Наші підходи до цього виду насильства ґрунтуються на тому, що:*

- Домашнє насильство над жінкою має гендерний характер, тобто воно відбувається тільки тому, що жінка народилася жінкою в суспільстві, яке вважає можливим і прийнятним насильство над жінками.
- Домашнє насильство ущемляє права жінок, передбачені Загальною декларацією прав людини, а також Конституцією України.
- Ми будемо разом шукати конструктивні шляхи подолання проблеми домашнього насильства над жінками.

*Основні типи гендерного насильства:*

- Прямє фізичне насильство (включаючи побиття, зґвалтування – вдома і на роботі).
- Психологічне насильство (включаючи позбавлення волі, примусове заміжжя).
- Позбавлення ресурсів, необхідних для підтримання фізичного і психологічного добробуту (включаючи медичне обслуговування, харчування, освіту, матеріальні засоби існування).
- Сприймання жінок як товару (торгівля жінками).

### *Сфери насильства*

#### *1. Сім'я*

Сім'я є основним місцем гендерного насильства. Вона готує своїх членів до життя в суспільстві, закладає гендерні стереотипи, гендерний розподіл праці. У родині відбувається насильство фізичне, сексуальне (зґвалтування, інцест) і, найбільш поширене – психологічне. Від психологічного та емоційного насильства страждає величезна кількість жінок. Часто воно буває непомітним для

навколишніх, але може приймати страшніші й потворніші форми, ніж навіть насильство фізичне. Це обмеження волі, примусові шлюби, що влаштовуються сім'єю без згоди жінки, різноманітні погрози, постійні образи і зневага. Ще однією формою гендерного насильства в сім'ї є прямий контроль жіночої сексуальності: примусові аборти та примусова вагітність.

### *2. Громада /суспільство*

Громада – група людей, об'єднаних спільною соціальною, культурною, релігійною або етнічною приналежністю, – відіграє вирішальну роль у закріпленні існуючої сімейної структури і положення жінки в рамках родини і суспільства. Громада забезпечує реалізацію механізмів контролю чоловіків над сексуальністю, мобільністю та працею жінок. Вона підтримує шкідливі й відсталі "традиції", фізичне насильство над жінками (побиття, фізичне покарання). Громада цілком виправдовує поведінку насильника щодо контролю над жінкою в сім'ї та використання ним різноманітних неприпустимих засобів для утвердження своєї влади.

Іншим осередком насильства над жінками є робоче місце – як на державній, так і на приватній службі. Місце роботи включає в себе як сексуальну агресію (переслідування, залякування), так і комерціалізоване насильство (торгівля жінками та примусова проституція).

### *3. Держава*

Держава робить легітимним право власності чоловіка на жінку, забезпечує сім'ю й громаду правовою основою для подальшого підтримання таких стосунків. Держава робить це за допомогою відповідної правової політики, приймаючи дискримінаційні закони або встановлюючи дискримінаційну практику використання законів. Держава відповідає за потурання насильству над жінками, тому що не забезпечує їх належними засобами захисту: не приймає потрібних законів і не здійснює відповідної політики захисту жінок. Вона відповідає також за толерантне ставлення до гендерного насильства на недержавному рівні (тобто в сім'ї й громаді).

Сім'я, громада та держава є тим простором, у якому відбуваються акти насильства над жінками

(Інформація з книги *Насильство в сім'ї. Як боротися з ним державі.* – М.: Глас, 1999.)

## **ОСНОВНА ЧАСТИНА**

### **Вправа “Домашнє насильство – порушення прав людини”**

*(робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Декларація ООН про викорінення насильства проти жінок, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 1993 році, є головним міжнародним документом для тих, хто займається проявами насильства над жінками. На жаль, декларація – не конвенція і не

договір, тому не потребує ратифікації державами і не передбачає механізму контролю виконання. Але в Комісії ООН з прав людини є спеціальний доповідач з питань насильства над жінками, який надає щорічний звіт стосовно боротьби з цим явищем.

Для того, щоб глибше зрозуміти проблему насильства над жінками в цілому (бо без цього не можна подолати домашнє насильство, яке існує тільки в загальному контексті гендерного насильства), потрібно уважно ознайомитися з текстом Декларації.

**Матеріали:** кожна група отримує текст Декларації ООН про викорінення насильства проти жінок (*додаток 5.1*), текст Всеукраїнської декларації проти насильства (*додаток 5.2*), текст Закону України “Про попередження насильства в сім’ї” (*додаток 5.3*).

**Завдання:**

1. Пригадати приклад насильства над жінкою в сім’ї із власного життя, життя знайомих, літературного твору, художнього або документального фільму.
2. Прочитати й обговорити Декларацію ООН про викорінення насильства проти жінок. Визначити, які статті Декларації порушено у вашій історії насильства над жінкою.

**Питання для обговорення:**

- Яке визначення терміну “насильство щодо жінок” дає Декларація?
- Яку головну причину насильства над жінками визначає Декларація?
- Які види насильства сформульовано та які насильницькі дії перераховано в Декларації?
- Які головні сфери прояву насильства щодо жінок визначено в Декларації?
- Історичне значення Декларації в тому, що в ній визначені практичні заходи для боротьби з гендерним насильством. Визначте, які завдання Декларація ставить перед державами. Що саме рекомендує Декларація?

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

**Тренерський підсумок.** Отже, Декларація ООН про викорінення насильства проти жінок, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 1993 році, є висловленням волі міжнародної спільноти щодо захисту жінок від насильства, включаючи домашнє. У цьому офіційному документі вперше зведено і викладено міжнародні норми щодо насильства над жінками, засуджено його у всіх формах і проявах.

Декларація є першим міжнародним документом, який дав чітке визначення терміну “насильство над жінками”. Згідно з Декларацією насильство над жінками є проявом нерівного співвідношення сил між чоловіками та жінками, яке склалося



історично та призвело до домінування над жінками і дискримінації у ставленні до жінок з боку чоловіків. Декларація наголошує на тому, що насильство є одним із основних соціальних механізмів, за допомогою яких жінок змушують займати підлегле становище порівняно з чоловіками. Завдяки Декларації міжнародне право тепер тлумачить домашнє насильство як порушення прав людини.

Історичне значення Декларації полягає у тому, що в ній визначені практичні заходи для боротьби з гендерним насильством. Декларація вказує на зростаюче занепокоєння країн проблемою домашнього насильства, усвідомлення руйнівних наслідків цього насильства та ставить перед державами завдання – розробити національні плани дій для забезпечення захисту жінок від будь-яких форм насильства, шукати ефективних правових засобів для його викорінення, переглянути і реформувати закони та їх використання щодо домашнього насильства над жінками. І перш за все – прийняти закон про домашнє насильство, в якому має бути вказано, що *саме жінки є тією категорією, яка береться під захист*. Декларація також рекомендує проводити інформаційну, просвітницьку та виховну роботу для подолання традиційних стереотипів, заснованих на зверхності однієї статі по відношенню до іншої, для зміни соціальної і культурної моделі поведінки чоловіків та жінок.

Твердження Декларації ООН про те, що насильство над жінками є порушенням їхніх основних прав і свобод, має ключове значення для роботи як правоохоронних органів, так і громадських організацій. З цього випливає, що насильство над жінками несумісне з принципами демократичної держави, де існує верховенство права, дух і буква закону.

### **Вправа “Хто може бути домашнім насильником”**

*(метод запитань-відповідей)*

#### **Питання для обговорення:**

- *Що штовхає людину на шлях насильства над близькими?*
- *Чому чоловік частіше стає домашнім насильником?*
- *Чи може бути жінка домашнім насильником?*
- *Чи залежить здатність до домашнього насильства від характеру людини?*

**Тренерський підсумок.** Не існує “типового кривдника”, як і “типової жертви”. Будь-хто може бути кривдником. Хоча і жінка, і чоловік, і дитина можуть стати жертвами, переважна більшість постраждалих – все-таки жінки й діти. За даними ФБР кожна четверта жінка в США стає жертвою домашнього насильства хоча б один раз протягом життя. У 55% випадків насильства над

матір'ю, вона також кривдить своїх дітей, бо настільки морально і фізично страждає, що не може дати ради дітям.

За даними Міністерства внутрішніх справ України, протягом року виявляється понад 10 тисяч злочинів, скоєних проти життя, здоров'я, волі та гідності осіб жіночої статі. За даними соціологічних досліджень, які проводяться в Україні програмою ПРООН “Гендер у розвитку” встановлено, що 12% молодих жінок (у віці до 28 років) зазнають у сімейному житті фізичного насильства, причому 2% – досить часто.

На перший погляд кривдник може виглядати як дбайливий член сім'ї, люблячий чоловік або батько, законотрушляний громадянин. Але насправді насильницька поведінка кривдника може призвести до значних тілесних ушкоджень і навіть убивства. Оцінити психологічні травми, які отримує жертва, дуже важко. Та саме вони нерідко роблять життя людини нестерпним і можуть призвести до суїциду.

### **Вправа “Колесо насильства”**

*(робота в малих групах)*

**Тренерський вступ.** Насильство в сім'ї може мати різні форми і бути спрямоване на обмеження прав і свобод членів сім'ї. Та фізичне насильство виступає як основа, що підтримує всі інші різноманітні форми насильства над особистістю.

**Матеріали:** кожна мала група отримує макет “колеса насильства”, на ободі якого написано складові насильства, а в середині є 8 пустих секторів, які потрібно заповнити (*додаток 5.4*).

**Завдання:** заповнити пусті сектори, намагаючись максимально відобразити всі види насильства в сім'ї.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

Під час обговорення тренер демонструє “колесо насильства”, розроблене Оклендським координаційним центром проти домашнього насильства, Окленд, Мічиган, США (*додаток 5.5*).

**Тренерський підсумок.** Таблиця у формі колеса символізує співвідношення фізичного та інших видів насильства. Кожна спиця показує тактику, яка використовується з метою встановлення контролю та влади над іншим членом сім'ї. Це основний стрижень, вісь насильства. Обід, що оточує та підтримує спиці, символізує фізичне насильство. Він утримує всю систему разом та надає кривднику сили. Фізичне насильство є лише частиною комплексу дій, які використовує насильник проти членів своєї сім'ї. Медики визначають домашнє насильство як тривале насильство, що полягає у завданні фізичної, психічної та/або сексуальної шкоди, що підриває фізичне, психічне і репродуктивне здоров'я жертви.

## Вправа “Портрет насильника”

(мозковий штурм)

**Завдання:** створити портрет “типового насильника”. Всі відповіді учасників записуються на великому аркуші паперу або на дошці. Після обговорення залишають ті якості особистості, які визнала більшість членів групи.

**Тренерський підсумок.** Отже, насильниками можуть бути люди з різними характерами, походженням, з різних прошарків суспільства. Хоча насильниками можуть бути і жінки, на практиці 97% насильств в сім’ях здійснюють чоловіки.

Тенденція до застосування насильства як методу встановлення контролю посилюється при вживанні наркотиків та алкоголю.

Людина, яка використовує будь-яку форму насильства для того, щоб контролювати чи маніпулювати іншою людиною, часто має низьку самооцінку і використовує насильство для самоствердження. В ряді випадків кривдник виправдовує свою поведінку, звинувачуючи жертву у провокації насильства.

## Вправа “Традиційна чоловіча самоідентифікація”

(міні-лекція)

Текст лекції наведений у додатку 5.6.

**Питання для обговорення:**

- Навіщо потрібна інформація про традиційну чоловічу самоідентифікацію?
- Яка користь від цієї інформації?
- Яким чином її можна використати?

**Тренерський підсумок.** Потурання, “ліберальне” ставлення суспільства до агресивної поведінки чоловіків призводить до того, що чоловік не вважає насильство над дружиною чи подругою неприпустимим, дивиться на нього як на нормальне явище. Але найчастіше поведінка насильника порушує закон і в такий спосіб він чинить злочин. На жаль, за сформованою практикою, правоохоронними органами домашнє насильство (якщо воно не призводить до трагічної розв’язки) не вважається великим криміналом. Але ніщо не повинно виправдовувати застосування насильства над людиною! Якщо людина вчинила насильство в сім’ї, то вона повинна відповідати за свої дії перед законом так само, як і у випадку насильства над стороннім.

Для того, щоб дійсно змінити ситуацію, необхідно усвідомити гендерну природу домашнього насильства, корені якої знаходяться в патріархальній свідомості, і відкоригувати традиційну чоловічу самоідентифікацію.

## Вправа “Портрет жертви насильства у сім’ї”

(метод інсценування або метод показу)

**Тренерський вступ.** Багато жінок не вважають себе скривдженими і дії своїх чоловіків (партнерів) по відношенню до них не вважають насильством. Вони не усвідомлюють, що домашнє насильство – це набута модель поведінки з метою встановлення контролю над особистістю іншої людини. Якщо не зупинити кривдника відразу, то це може призвести до кримінальних наслідків. Найбільш розповсюдженою причиною тілесних ушкоджень жінок у віці 15-45 років є домашнє насильство. Іноді жінки не звертаються за медичною допомогою, вважаючи, що невелике поранення не варте уваги. А потім це обертається значним порушенням здоров’я. Оскільки кривдники часто наносять удари по голові, то це веде до закритих ушкоджень голови. Якщо насильства зазнала вагітна жінка, то не можна виключити, що майбутня дитина теж отримала ушкодження. У США протягом кожних 5-7 днів гине одна жінка від рук її теперішнього або колишнього чоловіка (партнера).

Особисте життя та безпека, а також безпека дітей, мають бути найголовнішими для жінки. Все інше – другорядне. Не слід будувати ілюзій, що чоловік (партнер) самостійно змінить свою поведінку і задля цього приховувати від представників правоохоронних органів, родичів, суду, співробітників факт насильства. Необхідно чітко уявляти собі план дій у випадку, коли стався факт насильства у сім’ї.

**Матеріали:** кожний учасник тренінгу під час підсумку до вправи, отримує інформаційний матеріал “Що робити, щоб бути у безпеці” (додаток 5.7).

### **Завдання:**

1. У першому варіанті вправи тренер пропонує кожному учаснику пригадати випадок насильства, скоєний у сім’ї по відношенню до будь-якого її члена (в реальному житті, або описаний у художньому творі) та спробувати передати відчуття жертви насильства позою, мімікою, рухом. Потім учасники тренінгу по черзі показують свій варіант стану пригніченості, що виникає у жертви.
2. У другому варіанті вправи тренер пропонує учасникам роздивитися фотографії жертв насильства (додаток 5.8) у сім’ї, або за наявності відповідних засобів, подивитись відеофрагменти, що демонструють відповідний стан людини.

### **Питання для обговорення:**

- Які відчуття викликало побачене вами?

- Чи виникло у вас бажання допомогти?
- Що об'єднує між собою образи людей, які зазнали насильства?
- Що треба зробити для подолання насильства в сім'ї?

**Тренерський підсумок.** У нещасті всі люди однакові – пригнічені, безпомічні й невтішні. Стан пригніченості, який ми бачимо у жертв насильства, в психології отримав назву “крику про допомогу”. У кожній психічно здорової людини виникає співчуття і бажання допомогти. Чи можна подолати домашнє насильство і що для цього необхідно зробити? Перш за все, жертва повинна зрозуміти, що незважаючи на те, що скривдження відбувається в “інтимній” обстановці і майже завжди без свідків (а саме на це кривдник і розраховує), існують методи його покарання як юридичні, так і моральні. Ознайомтесь з інформаційним матеріалом і зверніть увагу на рекомендації. Вони підказують, як зменшити негативні наслідки насильства у сім'ї. Як можна запобігти цьому ганебному явищу в суспільстві, ми спробуємо з'ясувати у наступній вправі.

### **Вправа “Шляхи подолання насильства в сім'ї”**

*(ділова гра “Міжгалузеє співробітництво  
у вирішенні проблеми”)*

**Матеріали:** кожна мала група отримує інформаційний матеріал “Пріоритетні напрямки вирішення гендерної проблематики” (додаток 5.9).

**Завдання:** тренер об'єднує учасників у декілька малих груп, запропонувавши їм виконати ролі:

- членів батьківського комітету школи;
- представників педагогічної громадськості (вихователів дитячих садків, учителів, представників адміністрації системи освіти);
- представників правоохоронних органів;
- медичних працівників;
- законодавців.

Учасники повинні в малих групах розробити пропозиції щодо шляхів подолання насильства в сім'ї з точки зору тієї соціальної групи, роль якої вони виконують. Пропозиції записуються на папері формату А3.

**Презентація** результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

Під час обговорення кожна група презентує свій проект, а інші учасники його доповнюють. Результати обговорення тренер (помічник тренера) записує на дошці (фліп-чарті).

**Тренерський підсумок.** Отже, домашнє насильство, яке чинять чоловіки, – це набутий спосіб поведінки. Ми передаємо своїм дітям свій насильницький метод розв'язання проблем, виховуємо у

хлопчиків зневажливий погляд на жінку ("ти ж не дівчинка", "не будь бабою"), підтримуємо традиційну суспільну думку про право чоловіка на примус і контроль над своєю дружиною, у тому числі і з застосуванням сили. Треба змінити суспільні погляди на виховання хлопчиків і дівчат, змінити соціальні й культурні моделі чоловіків і жінок. Лише тоді зміниться і традиційна чоловіча самоідентифікація.

Для зміни насильницької поведінки дорослих чоловіків необхідна їй довготривала корекція, яка стане на перешкоді вбивства власної дружини, допоможе налагодити гармонійне життя з нею для створення міцної партнерської сім'ї. Така система консультування чоловіків – домашніх кривдників корисна суспільству, всім нам, оскільки буде менше вбивств у сім'ї, менше дітей на вулиці, менше неповних сімей, менше підліткового насильства.

## **ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА**

### *Загальний підсумок тренера.*

На жаль, насильство в сім'ї – існуючий факт, його жертвами переважно виступають жінки і діти. Формування психології кривдника, який визнає примат сили і право контролю над поведінкою іншої людини, є результатом недосконалої системи виховання, успадкованої суспільством з того часу, коли в побудову сім'ї закладались патріархальні принципи.

Основний шлях подолання насильства в сім'ї – зміна системи виховання дітей і підлітків на принципах гендерного рівноправ'я.

На сучасному етапі подолання насильства в сім'ї пов'язане:

- з удосконаленням законодавчої бази щодо захисту прав і свобод людини, яка зазнає насильства;
- зі зміною стереотипів ставлення до проблеми домашнього насильства представників правоохоронних органів;
- з наданням жінкам (дітям) консультацій і формуванням відповідних навичок поведінки, необхідних у разі проявів насильства;
- зі зміною ставлення різних верств населення до цієї проблеми.

## ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 5

Додаток 5.1

### ДЕКЛАРАЦІЯ ООН ПРО ВИКОРІНЕННЯ НАСИЛЬСТВА ПРОТИ ЖІНОК (1993 рік)

Генеральна Асамблея,

визнаючи нагальну потребу універсального використання по відношенню до жінок прав та принципів, що торкаються рівності, безпеки, свободи, недоторканості та гідності всіх людей; зазначивши, що ці права та принципи закріплені в міжнародних документах, у тому числі в Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про громадянські та політичні права, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права, Конвенції щодо ліквідації всіх форм дискримінації жінок і в Конвенції проти катування та інших жорстоких, нелюдських або зневажаючих гідність видів поводження та покарання;

визнаючи, що ефективне здійснення Конвенції щодо ліквідації всіх форм дискримінації жінок сприятиме викоріненню насильства по відношенню до жінок і що Декларація про викорінення насильства щодо жінок, яка міститься в даній резолюції, укріпить та доповнить цей процес;

будучи занепокоєною тим, що насильство проти жінок є однією з перешкод на шляху досягнення рівності, розвитку та миру, як це визнано у Найробіських перспективних стратегіях у сфері поліпшення становища жінок, де було рекомендовано комплекс заходів по боротьбі з насильством над жінками, а також на шляху повного здійснення Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок;

підтверджуючи, що насильство по відношенню до жінок є порушенням прав людини та основних свобод жінок, а також перешкоджає або не дозволяє їм користуватися цими правами й свободами, та, будучи стурбована нездатністю вже протягом тривалого часу забезпечити захист і заохочення таких прав та свобод у випадках застосування насильства проти жінок;

визнаючи, що насильство проти жінок є проявом нерівного співвідношення сил між чоловіками і жінками, що склалося історично та призвело до домінування над жінками й дискримінації по відношенню до жінок з боку чоловіків, а також перешкоджає всебічному поліпшенню становища жінок, і що насильство проти жінок є одним з основних соціальних механізмів, за допомогою якого жінок змушують займати підлегле становище у відносинах з чоловіками;

будучи занепокоєною тим, що деякі групи жінок, наприклад, жінки, які належать до національних меншин, жінки, що належать до корінного населення, жінки-біженки, жінки-мігрантки, жінки, які проживають у віддалених та сільських районах, жінки, позбавлені засобів існування, жінки, що перебувають у різного роду установах або ув'язненні, дівчата, жінки-інваліди, літні жінки та жінки в районах збройних конфліктів, особливо зазнають насильства;

посилаючись на висновок, який міститься в пункті 23 додатка до резолюції 1990/15 Економічної та Соціальної Ради від 24 травня 1990 року, про те, що насильство по відношенню до жінок у сім'ї та суспільстві зростає і стосується всіх жінок, незалежно від майнового та соціального стану, а також

рівня культури, повинні супроводжуватись терміновими та ефективними заходами щодо ліквідації насильства;

посилаючись також на резолюцію 1991/18 Економічної та Соціальної Ради від 30 травня 1991 року, в якій Рада рекомендувала розробити основи для міжнародного документа, в якому конкретно розглядалась проблема насильства проти жінок;

схвалюючи роль, яку відіграють жіночі рухи в привертанні все більшої уваги до характеру, серйозності та масштабів проблеми насильства щодо жінок;

будучи стурбованою тим, що можливості досягнення жінками юридичної, соціальної, політичної та економічної рівності в суспільстві обмежуються, зокрема, постійним та ендемічним характером насильства;

будучи впевненою в тому, що з урахуванням вищезазначеного виникає необхідність у чіткому та всеохоплюючому визначенні насильства щодо жінок, чіткому викладенні прав, що дозволяють забезпечити викорінення насильства над жінками у всіх його формах, рішучих зусиллях з боку держав по виконанню своїх обов'язків та рішучих зусиллях з боку міжнародного суспільства в цілому по викоріненню насильства над жінками;

урочисто проголошує цю Декларацію про викорінення насильства щодо жінок та наполегливо закликає докласти всіх зусиль для повсюдного ознайомлення з Декларацією та її виконання:

#### **Стаття 1.**

Для цілей цієї Декларації термін "насильство над жінками" означає довільний акт насильства, скоєний на підставі статевої ознаки, який спричиняє або може спричинити фізичну, статеву чи психологічну шкоду або страждання жінкам, а також загрози скоєння таких актів, примусове чи довільне позбавлення свободи або особистого життя.

#### **Стаття 2.**

Насильство над жінками охоплює такі випадки, але не обмежуються ними:

– фізичне, статеve та психологічне насильство, що має місце в сім'ї, включно нанесення побоїв, статевий примус дівчаток у сім'ї, насильство, пов'язане з приданим, зґвалтування дружини чоловіком, пошкодження жіночих статевих органів та інші традиційні види практики нанесення шкоди жінкам, лікарське насильство та насильство, пов'язане з експлуатацією;

– фізичне, статеve та психологічне насильство, що має місце у суспільстві в цілому, включно зґвалтування, статевий примус, статеve домагання та залякування на роботі, в навчальних закладах та інших місцях, торгівлю жінками і примус до проституції;

– фізичне, статеve та психологічне насильство з боку чи при потуранні держави, де б воно не відбувалося.

#### **Стаття 3.**

Жінки користуються рівними правами стосовно здійснення та захисту всіх прав людини й основних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадській та будь-яких інших сферах. Ці права містять, зокрема:

– право на життя;

– право на рівність;

– право на свободу та особисту недоторканість;

– право на рівний захист відповідно до закону;

– право не бути дискримінованою в будь-якій формі;

– право на найвищий досяжний рівень фізичного та психологічного здоров'я;



- право на справедливі та сприятливі умови праці;
- право не підлягати катуванню та іншим жорстоким, нелюдським чи принижуючим гідність видам ставлення або покарання.

#### **Стаття 4.**

Держави повинні засудити насильство по відношенню до жінок та не повинні посилатися на будь-які звичаї, традиції чи релігійні мотиви для уникнення виконання своїх обов'язків щодо його викоринення. Держави повинні негайно розпочати здійснення всіма належними засобами політики викоринення насильства над жінками.

З цією метою вони повинні:

- розглянути, якщо вони ще цього не зробили, питання про ратифікацію чи приєднання до Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок або скасування своїх застережень до цієї Конвенції;
- утримуватись від насильства над жінками;
- приділяти належну увагу питанням попередження та розслідування актів насильства над жінками та покарання за них відповідно до національного законодавства незалежно від того, здійснені ці акти державою чи приватними особами;
- розробити в межах внутрішнього законодавства карні, громадянські, трудові та адміністративні санкції для покарання за правопорушення та відшкодування збитків, спричинених жінкам, які постраждали від актів насильства, повинен бути забезпечений доступ до механізмів здійснення правосуддя та згідно з національним законодавством до справедливих і ефективних засобів правового захисту у зв'язку з завданою шкодою; держави також повинні інформувати жінок про їх права щодо відшкодування збитків через такі механізми;
- розглянути можливість розробки національних планів дії для забезпечення захисту жінок від будь-яких форм насильства або включити з цією метою відповідні положення до вже існуючих планів, беручи до уваги, по мірі необхідності, те сприяння, яке можуть надати неурядові організації, особливо організації, що займаються проблемами насильства щодо жінок;
- розробити всебічні превентивні підходи та будь-які можливі заходи правового, політичного, адміністративного та культурного характеру, що сприяють захисту жінок від будь-яких форм насильства, і забезпечити становище, яке виключає повторну віктимізацію жінок у результаті застосування законів, правоохоронних методів та інших дій без застосування ґендерного підходу;
- проводити необхідну роботу з тим, щоб забезпечити максимально можливу спеціальну допомогу з урахуванням існуючих у них ресурсів та, якщо це необхідно, у межах міжнародної співпраці надавати жінкам, які постраждали внаслідок насильства, та, якщо це необхідно, їхнім дітям, зокрема, з реабілітації, догляду за дитиною та її утриманню, лікуванню, консультуванню і медичному та соціальному обслуговуванню, створенню відповідних служб і програм, а також структур підтримки, вживати будь-яких інших належних заходів для сприяння їхній безпеці, а також фізичній та психологічній реабілітації;
- передбачати в державних бюджетах необхідні ресурси для своєї діяльності, пов'язаної з викориненням дискримінації щодо жінок;

- вживати заходів для забезпечення того, щоб співробітники правоохоронних органів та державні посадові особи, які відповідають за здійснення політики в сфері попередження і розслідування актів насильства щодо жінок та покарання за них, отримували підготовку з урахуванням необхідності розуміння особливих потреб жінок;
- вживати всіх необхідних заходів, особливо в галузі освіти, з метою зміни соціальних і культурних моделей поведінки чоловіків, жінок та викорінення забобонів, звичаїв та іншої практики, які базуються на ідеях неповноцінності, переваги однієї з статей або на стереотипних уявленнях про роль чоловіків та жінок;
- сприяти проведенню досліджень, збору інформації, узагальненню статистичних даних про поширеність різних форм насильства над жінками, особливо фактів насильства в сім'ї, а також заохочувати дослідження про причини, характер, ступінь та наслідки насильства над жінками та про ефективність заходів, здійснених з метою попередження та викорінення насильства над жінками; такі статистичні дані та результати таких досліджень повинні оприлюднюватись;
- вживати заходів, спрямованих на викорінення насильства над жінками, які перебувають у найвразливішому стані;
- включати в доповіді, що подаються до виконання положень відповідних документів з прав людини Організації Об'єднаних Націй, інформацію щодо насильства проти жінок та заходів, вжитих із метою втілення цієї Декларації;
- заохочувати розробку відповідних керівних принципів для надання допомоги в здійсненні принципів, викладених у цій Декларації;
- визнати важливу роль жіночого руху та неурядових організацій у всьому світі в підвищенні поінформованості про проблему насильства над жінками та послаблення її гостроти;
- підтримувати й зміцнювати діяльність жіночого руху і неурядових організацій та співпрацювати з ними на місцевому, національному і регіональному рівнях;
- заохочувати регіональні міжурядові організації, членами яких вони є, до включення в програми відповідних заходів з викорінення насильства над жінками.

#### **Стаття 5.**

Органи й спеціалізовані заклади системи Організації Об'єднаних Націй мають в межах своєї компетенції сприяти визнанню й здійсненню прав та принципів, викладених у цій Декларації. З цієї метою вони повинні:

- сприяти міжнародній та регіональній співпраці для розробки регіональних стратегій у боротьбі з насильством, обміну досвідом та фінансування програм, пов'язаних з викоріненням насильства над жінками;
- сприяти проведенню нарад і семінарів з метою ознайомлення всіх людей з проблемою насильства над жінками та поглиблення розуміння ними цієї проблеми;
- сприяти поширенню координації та обміну в межах системи Організації Об'єднаних Націй між органами, які займаються питаннями договорів у галузі прав людини, з метою ефективного розв'язання проблеми насильства щодо жінок;

- включати в доповіді організацій та органів системи Організації Об'єднаних Націй, присвячені аналізу соціальних тенденцій і проблем, періодичні доповіді про світове соціальне становище, розгляд тенденцій у галузі насильства над жінками;
- заохочувати координацію між організаціями та органами системи Організації Об'єднаних Націй з метою включення питання про насильство над жінками у поточні програми, приділяючи особливу увагу жінкам, які знаходяться в найвразливішому стані;
- сприяти розробці керівних принципів або посібників щодо попередження насильства над жінками, враховуючи заходи, згадані в цій Декларації;
- враховуючи відповідним чином питання про викорінення насильства над жінками у процесі виконання своїх мандатів, зокрема, щодо реалізації документів з прав людини;
- співпрацювати з неурядовими організаціями у вирішенні проблем насильства над жінками.

**Стаття 6.**

Жодне з положень цієї Декларації не торкається будь-якого положення, яке більше сприяє викоріненню насильства над жінками та, яке містить законодавство держави або будь-яка міжнародна конвенція, договір чи інший документ, що мають силу в державі.

*Додаток 5.2*

**ВСЕУКРАЇНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ**

*(прийнято 26 жовтня 2001 року*

*Другим Всеукраїнським конгресом жінок)*

- **кожна людина** має право жити в сім'ї, вільній від насильства, та у суспільстві, вільному від будь-яких проявів насильства;
- **діти та молодь** мають право зростати в безпечному середовищі, вільному від насильства. Обов'язком дорослих є забезпечення їм такої можливості;
- **кожна людина** має право на протидію домашньому насильству;
- **кожна людина** має право протистояти будь-яким проявам насильства у суспільстві;
- **людина**, яка страждає від насильства, не може бути звинуваченою у цьому;
- **кожна людина**, яка страждає від насильства, має право, у відповідності до статей № 3, 21, 28, 55, 59 Конституції України та міжнародних конвенцій, ратифікованих Україною, на юридичну, соціальну, психологічну, медичну допомогу, без приниження людської гідності;
- **кожна людина** має право на інформацію та знання, необхідні для того, щоб протистояти насильству;
- **жодна людина** не повинна бути байдужою до тих, хто потерпає від домашнього насильства.
- **жодна людина** не повинна залишатися осторонь розбудови ненавистницького демократичного суспільства.

**ЗАКОН УКРАЇНИ**  
**“ПРО ПОПЕРЕДЖЕННЯ НАСИЛЬСТВА В СІМ’І”**  
від 15 листопада 2001 року № 2789 – III  
(витяг)

Цей закон визначає правові й організаційні основи попередження насильства в сім’ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів з попередження насильства в сім’ї.

**Розділ I. Загальні положення**

**Стаття 1.** Визначення термінів

Для цілей цього Закону наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:

**наси́льство в сім’ї** – будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім’ї по відношенню до іншого члена сім’ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім’ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров’ю;

**фізичне насильство в сім’ї** – умисне нанесення одним членом сім’ї іншому члену сім’ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров’я, нанесення шкоди його честі і гідності;

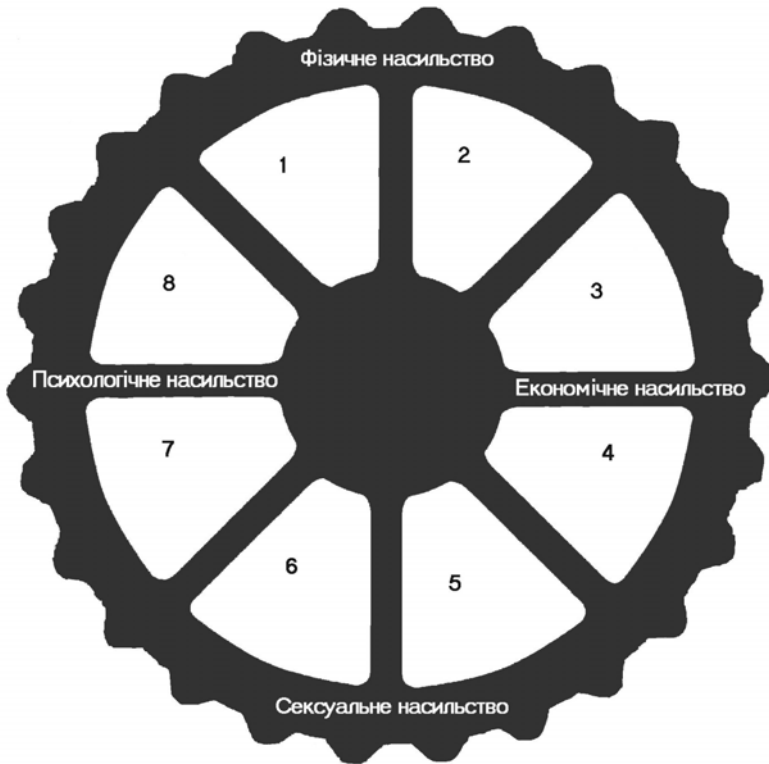
**сексуальне насильство в сім’ї** – протиправне посягання одного члена сім’ї на статеву недоторканість іншого члена сім’ї, а також дії сексуального характеру по відношенню до неповнолітнього члена сім’ї;

**психологічне насильство в сім’ї** – насильство, пов’язане з дією одного члена сім’ї на психіку іншого члена сім’ї, шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров’ю;

**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 призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров’я;

**жертва насильства в сім’ї** – член сім’ї, який постраждав від фізичного, сексуального, психологічного чи економічного насильства з боку іншого члена сім’ї;

**віктимна поведінка щодо насильства в сім’ї** – поведінка потенційної жертви насильства в сім’ї, що провокує насильство в сім’ї.



### СКЛАДОВІ НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКОЮ

*розроблено Оклендським координаційним центром проти домашнього насильства, Окленд, Мічиган, США*

**1. Ізоляція** – контролювання того, що робить жінка, з ким бачиться та розмовляє, куди йде.

**2. Психологічне насильство** – приниження, виховування низької самооцінки, образливі прізвиська. Закиди у психічній неповноцінності, демонстрація розумової переваги.

**3. Економічне насильство** – намагання утримувати жінку від роботи або працевлаштування. Встановлення фінансової залежності, а саме: видача грошей лише за проханням і лише на прожиття, вилучення грошей у жінки .

**4. Сексуальне насильство** – примушення до небажаних сексуальних контактів. Сексуальні домагання. Використання жінки як сексуального об'єкту.

**5. Використання дітей** – виховання в жінки почуття вини перед дітьми, використання дітей для спілкування з жінкою, використання права на відвідування дітей як способу домагання.

**6. Погрози** – погрожування, спрямоване на завдання психологічних травм. Погрожування забрати дітей, здійснити самогубство або донести на жінку в органи надання соціальної допомоги.

**7. Використання статевих привілеїв** – використання жінки як служниці. Прийняття всіх важливих рішень. Роль хазяїна Палацу.

**8. Залякування** – примушування жінки боятися дій, поглядів, рухів, гучного голосу, кидання речей, знищення її майна.

*Додаток 5.6*

## **ГЕНДЕР ТА ГЕНДЕРНА ДИСКРИМІНАЦІЯ**

Людина не обирає, ким народиться: чоловіком чи жінкою. Але, на жаль, саме стать починає визначати все її або його подальше життя.

З дитинства дітей не тільки вдягають по-різному залежно від того, хлопчик це чи дівчинка, але й по-різному до них ставляться, встановлюють різні правила поведінки.

*Що ми говоримо хлопчику, а що дівчинці?* "Дай здачі, ти ж хлопчик" (може, саме такими словами закладають майбутню агресивну поведінку), "Не плач, ти ж не дівчинка" (як, на вашу думку, після цих слів буде ставитись хлопчик до дівчинки? як до плакси, як до нижчої істоти?), "Будь охайною, не забруднися, ти ж дівчинка" (а що, хлопчикам не потрібно бути чистими і охайними?), "Поводь себе тихіше, будь скромнішою, ти ж дівчинка" (а якщо ця дівчинка смілива й ініціативна? то невже це погано?).

*Що ще ми говоримо дітям?*

У такий спосіб сім'я й оточення закладають дітям різні стандарти поведінки. Ці різні, залежно від статі, правила потім транслюються і підтримуються всіма суспільними інституціями: починаючи з дитячого садка, школи, армії і закінчуючи різними державними установами. Не останню роль у цьому процесі відіграє культура: книги, кінофільми, преса, телебачення.

Так поступово формуються стереотипні ролі чоловіка і жінки, які і суспільство, і їхні носії починають вважати вродженими, споконвічно властивими жінці чи чоловікові з моменту народження. Насправді ми успадковуємо лише стать та статеву відмінність.

Під **біологічною статтю** (sex) розуміються анатомічні й фізіологічні особливості людини: зовнішні статеві ознаки, репродуктивна функція – здатність до зачаття і народження дитини. І тут різниця між чоловіком і жінкою очевидна. Скажімо, чоловіки не можуть народити дитину, але вони, як правило, вищі та сильніші. Жінка, на відміну від чоловіка, виношує в своєму лоні дитину та годує немовля своїм молоком. Але, крім біологічної, можна виділити так звану соціальну стать – **гендер** (gender). Термін "гендер" означає стать як соціальне поняття і явище. Чоловік і жінка – культурний продукт своїх суспільств, тому відчуття приналежності до визначеного гендеру виховується все життя, протягом якого він або вона засвоюють ті поведінкові нормативи, які будуть їх характеризувати як чоловіка або жінку.

Ці **соціостатеві** (гендерні) ролі чоловіка або жінки нав'язуються через одяг і поведінку (змалечку у дітей вже різний одяг, різні іграшки, потім – різні обов'язки в родині); через формування різних психологічних якостей (сім'я і школа заохочують розвиток одних якостей і притлумлюють інші — залежно від того, хлопчик це чи дівчинка); через розвиток здібностей дівчат і юнаків у певному напрямку; через настанови чоловікам і жінкам займатися різними видами діяльності, мати різні професії тощо.

У такий спосіб виникає поняття традиційної чоловічої і традиційної жіночої гендерної ролі.

*Як же зрозуміти, де гендерні відмінності між людьми, а де статеві?*  
Біологічна стать і її функції не змінюються в категоріях "час-простір", тоді як гендер і його настанови змінюються. І дві тисячі років тому жінки народжували дітей і вигодовували їх груддю; у Японії, в Україні чи Америці – всюди чоловік залишався чоловіком з усіма його статевиими ознаками і функціями. Отже, це – статеві відмінності між людьми. Сто років тому деякі вчені з повною серйозністю дискутували, чи можуть жінки вивчати математику, і приходили до висновку, що вища освіта не дасть змоги жінці народжувати дітей. А сьогодні в Україні більшість людей із вищою освітою – жінки. І нічого, небо не впало на землю, так само як і від того, що жінки вдягли штани, успішно займаються політикою і бізнесом, що було б неможливо пару сотень років тому. На жаль, у різних державах жінки сьогодні по-різному можуть себе реалізовувати. Є величезна різниця між становищем жінки в Україні і, скажімо, в Афганістані. Отже, такі відмінності у суспільному становищі жінок і чоловіків залежно від країни або сторіччя (часу і простору) – гендерні відмінності.

Ці ролі викликають також **гендерний поділ праці**, тобто виробнича і домашня діяльність розподіляється в залежності від статі людини: як правило, чоловіки займають більш престижні і високооплачувані посади; як правило, жінки виконують хатню роботу; як правило, жінкам і чоловікам існує негласна заборона на деякі професії.

*Які професії вважаються "чоловічими", а які "жіночими"? Чому?*

*Як суспільство ставиться до жінки, що вибрала "чоловічий" фах? І, відповідно, до чоловіка, який займається "жіночою" діяльністю?*

Звичайно, жінка в нашій країні може стати майором спецназу, але для цього вона має докласти набагато більше зусиль, ніж чоловік. Закон не забороняє чоловікові працювати нянею в дитячому садку, але дуже проблематично, що його візьмуть на цю роботу. Так само негативно громадська думка формується щодо тих чоловіків, які вирішують присвятити себе турботам про виховання дітей і створення сімейного затишку, в той час як його дружина буде працювати. Чому?

Бо від чоловіка очікують, що основна мета його життя – робота і кар'єра. А сфера вияву ініціативи жінок – дім і сім'я. Тобто **гендерні норми поведінки** людини постійно підтримуються соціальними сподіваннями оточуючих. Існує гендерний соціальний контроль, виражений у формальному і неформальному схваленні та винагороді "правильної" поведінки й у покаранні ганьбою, соціальною ізоляцією та презирством поведінки, яка випадає з рамок "чоловічої" або "жіночої" ролі. Отже, можна говорити про існування **гендерної ідеології**, яка виправдовує існування соціостатевих ролей та по-різному оцінює ці ролі. Нехай ця ідеологія часто підсвідома, але

вона існує і реально впливає на життя і погляди більшості людей. Гендерна ідеологія диктує різний сценарій сексуальної поведінки: для чоловіка припустима більша сексуальна свобода і сексуальна агресивність, жінка, у свою чергу, розглядається як пасивний сексуальний об'єкт, який можна сексуально експлуатувати. Тобто, у суспільстві існує подвійний стандарт моралі: один – стосовно чоловіків і зовсім інший – стосовно жінок.

*Які якості вважаються "чоловічими", а які – "жіночими"?*

**Чоловічі:** мужність, агресивність, відвага, розум, нечутливість до болю...

**Жіночі:** слабкість, м'якість, толерантність, емоційність, покірність...

Чи можна твердити, що та чи інша якість властиві тільки жінці або тільки чоловікові? Ні, вони властиві і чоловікам, і жінкам, жодна з цих якостей характеру не є монопольним надбанням однієї статі.

Яким чином людина засвоює те, що нібито дане чоловікові і жінці природою?

Ми розглянули, як саме закладаються та формуються в людині риси характеру, його або її мрії й сподівання, планування свого власного життя. Все це потім видається за природне, єдино можливе. Такі **гендерні стереотипи** створюють невидиму, але реально відчутну скляну стелю, що заважає як чоловікам, так і жінкам реалізувати себе, ущемляє їхні людські права.

*Що таке стереотипи? Гендерні стереотипи?*

Саме слово "стереотип" походить від об'єднання двох грецьких слів: stereos – "твердий" і typos – "відбиток" і означає спрощене, схематичне, часто викривлене уявлення про щось або про когось. Кожний і кожна з нас, сприймаючи інших людей та їхню поведінку, часом спрощує або узагальнює картину. Наприклад: "Всі жінки – емоційні; всі "справжні чоловіки" повинні стримувати свої почуття; всі дівчатка ніжні, а хлопчики – грубі..." і т.п. Тобто, стереотипи – спрощені, занадто умовні уявлення, штампи, які люди використовують, щоб просто зрозуміти явища, які потребують більш складних, інтелектуальних зусиль. Гендерні стереотипи відображають погляди суспільства на поведінку, яка очікується від чоловіків або від жінок. Таким чином, гендерні стереотипи – це наше розуміння чоловічої і жіночої **традиційної гендерної ролі**.

*Чому гендерні стереотипи є шкідливими?*

Ми уніфікуємо чоловіків і жінок, що призводить до обмеження розуміння і сприйняття окремої особистості. Через гендерні стереотипи ми потрапляємо в пастку помилкових висновків, вважаючи статеві відмінності більш істотними і вагомими, ніж індивідуальні, особистісні. Такі суспільні міфи свідомості є шкідливими, адже вони не дають людям можливості реалізувати свій багатий людський потенціал. Вони ущемляють права людини і ведуть до **гендерної дискримінації – порушення прав людини за статевою ознакою**. Особливо страждають права жінки, тому що не реалізується право її вільного вибору: ким бути, як будувати своє життя, що в ньому вважати найголовнішим. Гендерний стереотип підтримує **міф**, традиційну суспільну думку про те, що головне призначення жінки – подобатися чоловікові, бути матір'ю, хатньою господинею, хоча існують жінки, для яких робота і професійна кар'єра така ж велика цінність, як для чоловіків. Але жінку змушують приносити свій талант, розум і енергію на вівтар сімейного життя. Суспільство нав'язує думку про ідеальний образ жінки в сім'ї, її поведінку,



змушуючи жінку пристосовуватися до родинного життя шляхом пригнічення свого "я".

*Чи означає це, що жінка повинна категорично відмовитися від сім'ї на користь роботи, кар'єри?* Звичайно, ні. Мова йде про те, що жінку позбавляють вільного вибору, який вона як вільна особистість у правовій державі має право виявити – в тому числі на користь материнства і виховання дітей. Це повинно бути її вибором: робити кар'єру чи віддавати весь свій час сім'ї. Між тим, суспільна думка жорстко нав'язує упередження, що жінка може бути щаслива, тільки реалізувавши себе як мати, що жінка не може бути гарною керівницею, бізнес-леді, політиком.

Тому в суспільстві існує **гендерна нерівність**, коли жінки зазвичай мають більш низький соціальний ранг, вони мають менше влади, прибутку, у них нижчий рівень добробуту, престиж їхньої діяльності нижчий, у них менше особистої свободи.

*Які ви знаєте міжнародні та національні правові документи, що гарантують жінці всі людські права?*

І міжнародний біль про права людини, і наша Конституція (ст.24) – всі вони підтверджують рівність прав жінок і чоловіків. Сьогодні без нагадування про "гендер" не обходиться жодний міжнародний юридичний документ. В Україні приймаються національні державні програми, в яких розглядається поняття "гендер", створюються державні структури, покликані допомогти жінці реалізуватися у суспільстві.

Але, незважаючи на позитивні гендерні зміни в багатьох країнах (і, зокрема, в Україні), "невидима стеля" продовжує перешкоджати просуванню жінок у бізнесі, політиці й на державній службі. Сьогодні можна говорити про погіршення становища жінок у нашому суспільстві в зв'язку з економічними проблемами перехідного періоду: більшість безробітних у нас саме жінки, жінки "вимиваються" на більш низькооплачувані, безперспективні робочі місця, активно відроджується патріархальний стереотип щодо "домашнього" призначення жінок. Внаслідок цього українські жінки не можуть достатньою мірою проявити свій талант і можливості на благо всього суспільства. Гендерна дискримінація заважає економічному росту країни і підвищенню добробуту людей. Адже жінки складають половину населення (навіть трохи більше в Україні) і без їхньої рівноправної участі в житті суспільства неможливо побудувати правову, цивілізовану, багату державу. Силоміць заганяючи жінок у традиційні рамки сім'ї, обмежуючи їхню самореалізацію на користь всього суспільства (тоді як жінки в Україні становлять більшість серед людей із вищою освітою), чи можна сподіватися на прорив нашої країни до нових технологій, в інформаційне інтелектуальне майбутнє?

Але будемо вірити, що наш світ і наше суспільство змінюються на краще в гендерному вимірі. Про це свідчить поява численних жіночих організацій, які ставлять перед собою мету поліпшити становище жінки в сім'ї і захистити її від гендерного насильства – у тому числі від домашнього насильства і торгівлі жінками.

Сучасна жінка повинна мати вільний вибір – чи це материнство, чи професійна кар'єра, чи участь в управлінні суспільством. Чоловік і жінка повинні рівноправно відповідати за родину, за дітей, за весь світ у всій розмаїтості його проявів.

Н. Самолевська, Р. Безпальча

### **ЩО РОБИТИ, ЩОБ БУТИ У БЕЗПЕЦІ?**

Домашнє насильство не повинно траплятися ні з ким, але якщо воно трапилось то:

1. Зателефонуйте в міліцію. Якщо у вас немає телефону, спробуйте звернутися за допомогою до сусідів. Домовтесь з ними на майбутнє про умовний знак, за яким вони телефонуватимуть у міліцію у випадку необхідності.

2. Коли приїде міліція, детально розкажіть, куди саме вас вдарили. Покажіть ваші тілесні ушкодження і речі, що були розбиті чи зламані. Якщо ви боїтесь зробити це у присутності вашого чоловіка (партнера), спробуйте поговорити про це з одним із міліціонерів наодинці.

3. Міліція може захистити від безпосередньої небезпеки та допомогти вам і вашим дітям залишити оселю; заарештувати насильника, якщо є всі підстави вважати, що насильство мало чи має місце.

4. Міліція повинна надати вам інформацію про наявність соціальних служб у вашому регіоні, які зможуть надати вам допомогу; скласти протокол, де буде конкретно зафіксовано все, що з вами сталося.

5. Якщо вам не вдалося викликати міліцію, спробуйте залишити оселю у найбезпечніший спосіб. Наприклад, скажіть, що йдете до магазину, або збираєтеся погуляти з собакою тощо.

6. Ідучи з дому, не забудьте взяти з собою документи, ключі, гроші, свої коштовності, улюблені іграшки дітей. Якщо є така можливість, візьміть з собою і найнеобхідніші речі.

7. Якщо вам завдано тілесних ушкоджень, зверніться до швидкої допомоги або до дільничного лікаря.

8. Протокол міліції і медична довідка будуть вагомим доказом у кримінальному чи цивільному судочинстві.

9. Розкажіть своїм родичам, друзям, сусідам і співробітникам про те, що з вами сталося. Всі ці люди нададуть вам допомогу і морально засудять кривдника.

10. Навіть коли ваші стосунки закінчилися розлученням, ви не повинні забувати про безпеку і максимальний захист.

## ФОТОГРАФІЇ ЖЕРТВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА



## ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВИРІШЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ

У Пекінській декларації та Платформі дій, схвалених IV Всесвітньою конференцією зі становища жінок, визначені дванадцять проблемних стратегій, які на межі тисячоліть викликають стурбованість Організації Об'єднаних Націй та всього світового співтовариства:

- врахування гендерних аспектів у формуванні державної політики, програм і проєктів;
- заборона дискримінації за ознакою статі на ринку праці, принаймні на роботі, просуванні по службі;
- розроблення програм в інтересах жінок, що зазнали негативних наслідків перебудови економіки, та вирішення проблем зайнятості жінок, створення умов для розвитку їхньої підприємницької діяльності;
- забезпечення юридичної грамотності населення та доступу громадськості до інформації про існуючі національні та міжнародні механізми у разі порушення прав жінок;
- розроблення освітніх програм з питань прав людини і міжнародного гуманітарного права з урахуванням гендерного аспекту;
- залучення жінок до прийняття рішень на всіх рівнях влади та ухвалення рішень з екологічних проблем;

- розроблення державної політики і впровадження програм, які сприяли б розумінню здоров'я як стану повного фізичного, інтелектуального і соціального благополуччя, а не просто відсутності хвороб та запобігання ВІЛ (СНІД)-інфекції;
- виховання хлопчиків у дусі поваги до прав дівчаток і жінок на вільне волевиявлення і спільну відповідальність з питань сексуальної та репродуктивної поведінки;
- вироблення рекомендацій та підготовка навчальних програм, підручників і посібників на всіх рівнях освіти, вільних від стереотипних уявлень про роль жінки і чоловіка;
- розширення можливостей доступу жінок до засобів масової інформації всіх рівнів та сприяння створенню в засобах масової інформації нестереотипного образу (ролі) жінки в суспільстві;
- усунення чинників, які сприяють торгівлі жінками та дівчатами з метою проституції, работоргівлі, інших видів діяльності та надання правової, медико-психологічної допомоги жінкам і дівчатам, що стали жертвами насильства в сім'ї, на роботі, за інших обставин, створення для цього спеціальних закладів реабілітації;
- підвищення ролі жінок і забезпечення рівного їх представництва на всіх рівнях прийняття рішень з питань миру, превентивної дипломатії на всіх етапах переговорів, посередницької діяльності громадських жіночих організацій.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Акция для молодежи: Руководство по работе с молодежью в области профилактики СПИДа. – М., 1994.
2. Алешина Ю.Е., Данилин К.Е. Спецпрактикум по социальной психологии: опрос, семейное и индивидуальное консультирование. – М.: Изд-во МГУ, 1989.
3. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.
4. Андреев Ю.А. Три кита здоровья. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 336 с.
5. Антонюк В. Прийти на світ людиною. – К.: Рідна школа, 1995. – №6. – С.16-17.
6. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медична валеологія. – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
7. Асмолов А.Г. Психология личности. – М.: Изд-во МГУ, 1990.
8. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни. – М.: Мир, 1997
9. Безпальча Р. Запобігання домашньому насильству і торгівлі жінками // Підручник з проведення тренінгів. – К.: ЗАТ “Ніч лава”, 2001. – 256 с.
10. Бобков А. Как и когда это могло случиться / Информационно-аналитический журнал "Медицинский курьер", 2000. – № 1-2 (16).
11. Бовина И.Б. Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. – 2002. – № 3. – С. 209-221.
12. Бондаровська В.М. У серці суспільства // Рідна школа. – 1994. – №11. – С. 68-71.
13. Булич Е.Г., Муравов І.В. Валеологія. Теоретичні основи валеології. – К.: ІЗМН, 1997. – 224с.
14. Вагин И.О. Психология зла. Практика решения конфликтов. – СПб.: Питер, – 2001.
15. Валеологічна освіта та виховання: сучасні підходи, доступність і шляхи їх розвитку в Україні. Збірник науково-практичних статей // За заг.ред. В.М. Оржиховської. – К.: Магістр, 1999. – № 5. – 120 с.
16. Вместе против СПИДа: Пособие в помощь педработникам и др. специалистам // В.М.Быкова и др. – Мн: Тонпик, 2003. – 86 с.
17. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. Введение в санологию. – К.: Здоров'я, 1991. – 246 с.
18. Ворник Б.М., Голоцван О.А., Голубов О.П. та ін. Безпечна поведінка. – К.: ВЦ “Сім'я”, 1999. – 56 с.
19. Ворник Б.М., Жилка Н.Я., Коломиец В.П., Талалаев К.А. Журналистам о репродуктивном и сексуальном здоровье: Пособие под ред. Б.М.Ворника. – К.: ИЦ “Семья”, 2003. – 192 с.
20. Газета “Шкільний світ”, № 46-47 (222-223), грудень 2003 року.

21. Герасимов Г., Джатдоева Ф. Что Вы хотели бы знать о йододефицитных заболеваниях. Информация в вопросах и ответах для практических врачей. – ЮНИСЕФ.
22. Герасимов Г., Фадеев В. и др. Йододефицитные заболевания в России. Простое решение сложной проблемы. – М.: Адамант, 2002. – 168 с.
23. Глобальный кризис – глобальные действия: Спец. сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. – Б.м.: Изд-во ООН, 2001.
24. Голоси молодих. Анкетне опитування дітей та молоді у країнах Європи та Центральної Азії. ЮНІСЕФ – “Атар Рото Пресс”, Женева, Швейцарія, 2001. – 132 с.
25. Горяная Г.А. Ваша осанка. – К.: Либідь, 1995. – 42 с.
26. Грушко В.С. Основы здорового способу життя. Навч. посібн. з курсу “Валеологія”. – Тернопіль: СМП “Астон”, 1999. – 368 с.
27. Гузенкова Т.С. Завтра будет поздно // Свободная мысль – XXI, 2003. – № 2. – С. 85-93.
28. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Спец. сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. – Б.м.: Изд-во ООН, 2001. – 50 с.
29. Деланж Ф., Бурджи Н. Недостаточность йода и ее последствия у населения европейских стран // Научный журнал ВООЗ. – 1994.
30. Державна програма профілактики йодної недостатності у населення на 2002-2005 роки, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2002 року № 1418.
31. Джилл Таббот-Генри, Каролин Смит. Роль консультирования в профилактике и лечении инфекций, передаваемых половым путем // Планирование семьи. – 2000. – № 3-4.
32. Дородных О.В. “Спид: сущность и проблемы”. Беседа с одиннадцатиклассниками // Биология в школе. – 2002. – № 7. – С. 51-54.
33. Дружинин В.Н. Психология семьи. – М.: “Просвещение”, 1996.
34. Дубровина Й.В., Данилова Е.Е., Прихожан А.М. Психология. – М.: Академія, 1999. – 460 с.
35. Евдокимов В.И., Олейник Т.А. Практикум по развитию критического мышления.
36. Єрмаков В.І., Галушко С.В. Ситуаційний аналіз йодованої солі в Україні. – К.: Виконавча дирекція асоціації “Укрсіль”, 2002. – 40 с.
37. Здоров’я та безпека життєдіяльності учнів: Посібник для вчителів “Основ безпеки життєдіяльності” та класних керівників / За ред. В.І. Шахненка. – Харків: Харківський обласний центр здоров’я, 2002. – С. 59-61.
38. Зимівель Н.І., Крушельницький В.В., Мірошниченко Т.І. Сучасні підходи у сфері охорони здоров’я та його популяризації. – К.: Науковий світ, 2003 – 95 с.

39. Зинкевич-Евстигнеева Т., Грабенко Т. Шесть шляп мышления // Школьный психолог. – 2001.
40. Инструкция по йодированию поваренной соли, утв. Президиумом Ученого Совета Министерства здравоохранения СССР. 22.02.1955 г.
41. Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу: Пособие для организатора. – Новосибирск: – Изд-во ОЛДЕН, 2003. – 216 с.
42. Йодний дефіцит у Європі – стан проблеми. // Thyroid International. – 2002. – №5.- С 20.
43. Йододефіцит. Україна в групі ризику // Директор школи. – 2003.- № 16(256). – С. 6-8.
44. Климова В.И. Человек и его здоровье. – М.: Знание, 1985. – 192 с.
45. Козубовська І.В. Як учить народна мудрість // Рідна школа. – 1993. – №2. – С.22-24.
46. Конн И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. – М.: “Просвещение”, 1984.
47. Конрад Е.П. Очищення та лікування синім йодом. – Дніпропетровськ, 1999.
48. Коростелев Н.Б. Воспитание здорового школьника: Пособ. для учителя / Под ред. В.Н. Кардашенко. – М.: Просвещение, 1986. – 176 с.
49. Коростелев Н.Б. Шаг за шагом. Твой календарь здоровья. – М.: Молодая гвардия, 1989. – 95 с.
50. Кузнєцова Н.А. Вивчаємо права дитини. – Сімферополь, 2002. – 88 с.
51. Лазарева Т. Без вины виноватые // Нарконет, 2003. – № 12. – С. 27-28.
52. Леонгард К. Акцентуированные личности // Психология индивидуальных различий. Тексты. – М.: Изд-во МГУ, 1982.
53. Лицом к лицу со СПИДом: Приоритеты общества в условиях глобальной эпидемии: Программный доклад об исслед. Всемирного банка. – Б.м.: Весь мир, 1998. – 289 с.
54. Люди и ВИЧ. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2001. – 350 с.
55. Мамонтов С.Ю. Искусство быть эгоистом. – СПб.: Питер, 2001.
56. Мамонтов С.Ю. Поверь в себя. – СПб.: Питер, 2001.
57. Мартыненко А.В., Валентик Ю.В., Полесский В.А. и др. Формирование здорового образа жизни молодежи. – М.: Медицина, 1998.
58. Матасар І.Т., Салій Н.С., Водоп'янов В.М. Захворювання, що викликані дефіцитом йоду та методи їх профілактики. – К., 2002. – 280 с.
59. Медчук І.К. Оборона психічного здоров'я учнів // Рідна школа. – 1995. – №5. – С.28-29.
60. Методичний посібник з профілактики ВІЛ-інфекції серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків / За ред. Лазоренко Б.П., Пінчук І.М., Сановської В.А. – К., 2002.
61. Методичний посібник із профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Лазоренко Б.П., Пінчук І.М. – К, 2002. – 144 с.

62. Методичні розробки уроків середньої спеціалізованої загальноосвітньої школи № 162 м. Харкова (Тернавська Т.Б., Рудакова А.О., Ричкова Г.С., Голівер В.В.). – 2002.
63. Мороз О. Група риска / Мороз О. – Б.м.: Просвещение, 1990. – 96 с.
64. Новиков Ю.В. Природа и человек. – М.: Просвещение, 1991. – 223 с.
65. Нормализация учебной нагрузки школьников. Экспериментальное физиолого-гигиеническое исследование / Ред. М.В.Андроповой, В.И. Козлова. – М.: Педагогика, 1988. – 160 с.
66. Омельченко О. Модернізація виховної роботи в школі // Директор школи. – 2002. – № 32. – С. 6-9.
67. Онишко Ю.В. Проблеми психіатричної допомоги жінкам–жертвам насильницьких дій // Архів психіатрії. – 2000. – №1-2(20-21). – С.7-9.
68. Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности. – М.: “Просвещение”, 1991.
69. Основы безопасности жизнедеятельности: Учеб. / Ред. Лункевич Л.В. – Б.м.: АСТ-ЛТД, 1998. – 320 с.
70. Основы валеологии. Книга 1. / Под общей ред. В.П. Петленко. – К.: Олимпийская литература, 1999. – 434 с.
71. Охрімчук С.М. Криза орієнтації: як допомогти учневі соціалізуватися // Рідна школа. – 1993 – №4 – С. 11-14.
72. Петрик О.І. Медико-біологічні та психолого-педагогічні основи здорового способу життя. – Львів: Світ, 1993. – 120 с.
73. Плахтій П.Д., Страшко С.В., Підгорний В.К. Вікова фізіологія і валеологія. Лабораторний практикум / За редакцією П.Д. Плахтія: Навчальний посібник. – Кам’янець-Подільський: ПП Мошак М.І., 2005. – 208 с.
74. Попов С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников). – СПб: СОЮЗ, 1997. – 256 с.
75. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій.
76. Програма Міністерства освіти і науки України “Сприяння просвітницькій роботі “рівний – рівному” серед молоді України щодо формування здорового способу життя”.
77. Пурік О. П. Ураження ВЛЛ: результат чи початок життєвої кризи / Шкільний світ, 2001. – № 11 (91). – с. 5-7.
78. Рекомендовані рівні йоду в солі та вказівки по перевірці їх на ефективність. ВООЗ. – “Азо Нобель”, Нідерланди, 2002. – 12 с.
79. Ричкова Г.С. Авторська програма формування знань, умінь та навичок попередження йододефіцитних захворювань на основі інноваційних технологій креативного розвитку учнів на уроках біології: Посібник для вчителів. – Київ: ЮНІСЕФ, 2003. – 200 с.
80. Рудакова А.О. Авторська програма формування здорового способу життя та профілактики йододефіциту учнів у початковій школі: Посібник для вчителів. – Київ: ЮНІСЕФ, 2003. – 70 с.



81. Рудакова А.О. Профілактика йододефіцитних захворювань: Методичний посібник для вчителів. – К.: ЮНІСЕФ, 2002. – 52 с.
82. Рудакова А.О. Профілактика йододефіцитних захворювань. Робочий зошит для учнів 1-4 класів. – К.: ЮНІСЕФ, Центр сучасних інформаційних технологій та візуальних мистецтв, 2002. – 28 с.
83. Рудий В.М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан і шляхи вдосконалення. В-во “Сфера” за підтримки Міжнародного Фонду “Відродження”. – 2003.
84. Рущенко І.П. Соціологія злочинності. – Харків, В-во Національного університету внутрішніх справ, 2001.
85. Савельєва И. Если вы пишете о СПИДе... Журналистам о СПИДе. – М.: ОББФ “Российский фонд “ИМЕНА”, ИЦ “Рубикон”, 1999.
86. Савченко О.Я. Барвистий клубок: Дивись, міркуй, відповідай. Навчання і розваги. – К.: Бліц, 1996. – 112 с.
87. Самоукина Н.В. Экстремальная психология. – М.: Ассоциация авторов и издателей “Тандем”, Изд-во ЭКМОС, 2000.
88. Семенов А. Целебные свойства синего йода. – СПб.: Невский проспект, 2001.
89. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А.Бодалева, В.В.Столина. – М.: Педагогика, 1989.
90. Семья глазами психолога: Сборник методик / Сост. С.Ф.Спичак. – М.: Воронеж, 1995.
91. Семья и формирование личности / Под ред. А.А.Бодалева. – М.: Педагогика, – 1981.
92. Смит М. Тренинг уверенности в себе: Пер. с англ. – СПб.: ООО “Речь”, 2001.
93. Стельмахович М.Г. Українська родина етнопедагогіка // Початкова школа. – 1995. – № 8. – С. 4-8.
94. Стиль 2000 – Здоровый выбор. Региональная общественная организация “Взгляд в будущее”, Санкт-Петербург.
95. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Изд-во МГУ, 1983.
96. Сухомлинский В.А. Письма к сыну: Книга для учащихся. – М.: Просвещение, 1987. – 128 с.
97. Сухомлинский В.О. Батьківська педагогіка. – К.: Рад. школа, 1978. – 263 с.
98. Тест-опросник для консультантов ВИЧ-сервисных служб. – Полтава, 1999. – 44 с.
99. Тесты для всех // Сост. Т.В. Орлова. – К.: Довіра, 1994. – 222 с.
100. Тронько М.Д., Герасимов Г.А., Кравченко В.І. Все, що ви бажали б знати про йододефіцитні захворювання та йодовану сіль. – Київ, 2004. – 40 с.

101. Тронько М.Д., Лапушенко О.В., Кравченко В.І. та ін. Йододефіцит та моніторинг програм йодної профілактики: Методичні рекомендації // АМН України – К.: Інститут ендокринології та обміну речовин, 2004. – 36 с.
102. Физиология / Под ред. С.А. Георгиевской. – М.: Медицина, 1986. – С. 253-259.
103. Филиппова И. Йод исцеляющий. Новые возможности знакомого лекарства. – СПб.: ИД “Весь”, 2001. – 128 с.
104. Фомин Н.А. Физиология человека. – М.: Просвещение, 1995. – С. 303-401.
105. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О.Яременко, О.Балакірева, О.Вакуленко та ін. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2000.
106. Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків / За ред. В.Г.Панка.
107. Фридман Л.М. Формирование учебной деятельности школьников. – М.: Педагогика, 1982. – 216 с.
108. Хистенко В.Е. Психология жертвы. – Харьков: Консум., 2001.
109. Царенко А.В., Яцук Г.Ф. Валеологія: Підр. для 8-9 кл. – К.: Генеза, 1998. – 136 с.
110. Шалаева Д.А. Этико-правовые проблемы СПИДа // Социальная профилактика и здоровье. – 2003. – № 3. – С. 49-50.
111. Шапошникова В.И. Биоритмы – часы здоровья. – М.: Сов. спорт, 1991. – 63 с.
112. Шахненко В.И. Примерная схема анализа и наблюдения урока // Теория обучения: планы лекций, практических, лабораторных занятий и методические рекомендации по их проведению. / сост. В.И. Шахненко. – Николаев: – НГПИ, 1991. – С. 38-44.
113. Шахненко В.І., Рудакова А.О., Ричкова Г.С., Цуканова Є.О. / за ред. Шахненко В.І. Профілактика йододефіциту учнів через навчально-виховний процес середніх закладів освіти // Науково-методичний посібник. – ЮНІСЕФ, ЦСІТВМ, 2003. – 150 с.
114. Щербакова К.Й., Григоренко Г.І. У сім'ї росте дитина. – К.: Освіта, 1995. – 240 с.
115. Эндокринология // Под ред. А.С. Ефимова. – К.: Вища школа, 1983. – 328 с.
116. Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск: НГОО “Гуманитарный проект”, 2001.
117. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development and death. – San Francisco: Freeman, 1975.
118. Walker L.E. The battered woman. – New York: Harper & Row, 1979.

## РЕКОМЕНДОВАНІ САЙТИ

1. База даних з ВІЛ/СНІДу у світі <http://www.aegis.com>
2. Буклет <http://www.postman.ru/safelove>
3. Журнал “Секс, СНІД, здоров'я” <http://www.aidsjournal.ru>
4. Збірник тематичних сайтів <http://vn.iatp.org.ua/AIDS/aids/linki.htm>
5. Міжнародна мережа НУО, що працюють у сфері СНІДу [www.icaso.org](http://www.icaso.org)
6. Сайт ВООЗ <http://www.who.org>
7. Сайт для підлітків та молоді [www.vozmissoboi.ru](http://www.vozmissoboi.ru)
8. Сайт Дніпропетровської громадської організації “Центр сексуального здоров'я” <http://www.spid.dp.ua>
9. Сайт Мережі людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом, [www.Igvs.org.ua](http://www.Igvs.org.ua)
10. Сайт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу [www.aidsalliance.kiev.ua](http://www.aidsalliance.kiev.ua)
11. Сайт організації СНІД-інфозв'язок <http://www.hiv-aids.ru>
12. Сайт Української асоціації планування сім'ї <http://ufpa.com.ua>
13. Сайт UNFIDS (об'єднана програма ООН зі СНІДу) [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
14. Український національний портал з питань ВІЛ/СНІДу, наркоманії [www.aids.ua](http://www.aids.ua)
15. Український сайт Міжнародної НУО “Лікарі без кордонів” [www.msf.org.ua](http://www.msf.org.ua)
16. Усе про контрацепцію <http://www.citycat.ru/contracept>
17. [www.infosite.aids.ru](http://www.infosite.aids.ru)
18. [www.harm.reduktion.org.ua](http://www.harm.reduktion.org.ua)
19. [www.nospid.ru](http://www.nospid.ru)
20. [www.thebody.org](http://www.thebody.org)

## **З М І С Т**

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТРЕНІНГ ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНА ФОРМА</b>	
НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ.....	5
ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	37
<b>РОЗДІЛ 2. ТРЕНІНГ “ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО</b>	
СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗАСОБАМИ ОСВІТИ”.....	43
ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	58
<b>РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГ “ЛЮДИ І ВІЛ/СНІД”.....</b>	111
ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	130
<b>РОЗДІЛ 4. ТРЕНІНГ “ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ,</b>	
ПОВ’ЯЗАНИХ З ЙОДНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ”.....	188
ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 4 .....	199
<b>РОЗДІЛ 5.ТРЕНІНГ “ДОМАШНЄ НАСИЛЬСТВО ЯК</b>	
ПРОЯВ ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ” .....	227
ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ 5.....	238
<b>ЛІТЕРАТУРА</b> .....	252