

Видається з 1998 р. (до 2016 р. як "Вісник АПСВ ПФУ")

Вісник
*Академії праці, соціальних відносин
і туризму*

Journal
*of Academy of Labour,
Social Relations
and Tourism*

Visnyk
*Akademiyi pratsi,
sotsial'nykh vidnosyn
i turyzmu*

№ 2 2018

Фахове видання з економічних наук (затверджено наказом МОН України №1222 від 07.10.2016 р.)

Фахове видання з юридичних наук (затверджено наказом МОН України №1604 від 22.12.2016 р.)

Друкується за рішенням Вченої ради Академії праці, соціальних відносин і туризму
(протокол № 8 від 21.03.2018 р.)

Електронна версія "Вісника АПСВТ", умови публікації, архів номерів:

<https://www.socosvita.kiev.ua/publishing/bulletin>

Внесений у: РИНЦ (ліцензійний договір № 206-04/2013 р.), GoogleScholar, Index Copernicus , Directory of Research Journals Indexing, ResearchBib

Видавець: Академія праці, соціальних відносин і туризму м. Київ, Кільцева дорога, 3-А, Київ-187

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого ЗМІ серія KB № 21787-1168ПР від 21.12.2015 р.

© Редакційна колегія, 2018

© Автори статей, 2018

© Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2018

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вікторія Буяшенко, д. філос. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму — *голова редколегії журналу*

Економічні науки

Олена Корчинська, д. екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму — *редактор тематичного випуску*

Марцін Бакієвіч, PhD з економіки, Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Руслан Буряк, д. екон. н., Національний університет біоресурсів і природокористування України

Зоя Васильченко, д. екон. н., Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Аркадіуш Дурасевіч, PhD з економіки, Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Віра Куценко, д. екон. н., Університет менеджменту освіти НАПН України

Лідія Романова, д. екон. н., Міжрегіональна академія управління персоналом

Ігор Чорнодід, д. екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Катерина Якуба, д. екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Юридичні науки

Юрій Оніщик, д. юрид. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму — *редактор тематичного випуску*

Амір Алієв, д. юрид. н., Бакинський державний університет (Азербайджан)

Валерій Глушков, д. юрид. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Олена Майданник, д. юрид. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Олександр Мотлях, д. юрид. н., Національна академія внутрішніх справ МВС України

Олексій Остапенко, д. юрид. н., Національний університет «Львівська політехніка»

Сергій Петков, д. юрид. н., Донецький юридичний інститут МВС України

Олександр Світличний, д. юрид. н., Національний університет біоресурсів і природокористування України

Євген Соболев, д. юрид. н., Центральноукраїнський державний педагогічний університет ім. Володимира Винниченка

Соціальна робота

Олена Карагодіна, д. мед. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму — *редактор тематичного випуску*

Ренате Вайнола, д. пед. н., Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова

Тетяна Лях, к.пед.н., Київський університет ім. Бориса Грінченка

Мірослав Гревінський, д-р габ., Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Сергій Дворяк, д. мед. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Дар'я Завіршек, PhD з соціальної роботи, Університет Любляни (Словенія)

Анна Метері, PhD з соціальної роботи, Університет Тампере (Фінляндія)

Жанна Петрочко, д. пед. н., Інститут проблем виховання НАПН України

Тетяна Семигіна, д. політ. наук, Академія праці, соціальних відносин і туризму — *головний редактор журналу*

EDITORIAL BOARD

Victoriia Buiashenko, Dr. in Philosophy, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Chair of the Editorial Board*

Economics

Olena Korchynska, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Marcin Bąkiewicz, PhD in Economics, Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Ruslan Buryak, Dr. in Economics, National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine

Zoya Vasilchenko, Dr. in Economics, Taras Shevchenko National University of Kyiv

Arkadiusz Durasewicz, PhD in Economics, Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Vira Kutsenko, Dr. in Economics, University of Education Management NAPS of Ukraine

Lidya Romanova, Dr. in Economics, Interregional Academy of Personnel Management

Igor Chornodid, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Kateryna Yakuba, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Legal Studies

Yurii Onishchuk, Dr. in Law, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Amir Aliyev, Dr. in Law, Baku State University (Azerbaijan)

Valeriy Glushkov, Dr. in Law, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Olena Maidannyk, Dr. in Law, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Olexandr Motlyah, Dr. in Law, National Academy of Internal Affairs, MIA of Ukraine

Olexiy Ostapenko, Dr. in Law, Lviv Polytechnic National University

Sergiy Pyetkov, Dr. in Law, Donetsk Law Institute of MIA of Ukraine

Olexandr Svitlychniy, Dr. in Law, National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine

Euvgen Sobol, Dr. in Law, Volodymyr Vynnychenko Central Ukrainian State Pedagogical University

Social work

Olena Karagodina, Dr. in Medicine, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Renate Vaynola, Dr. in Pedagogy, National Pedagogical Dragomanov University

Tetiana Liakh, PhD in Pedagogy, Borys Grinchenko Kyiv University

Miroslaw Grewiński, Dr.hab., Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Sergii Dvoriak, Dr. in Medicine, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Darja Zaviršek, PhD in Social Work, University of Ljubljana (Slovenia)

Anna Metteri, PhD in Social Work, University of Tampere (Finland)

Janna Petrochko, Dr. in Pedagogy, Institute of Education NAPS of Ukraine

Tetyana Semigina, Dr. in Political Sciences, MSW, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor-in-Chief of the Journal*

Зміст

СЛОВО ВІД РЕДАКЦІЇ

Олена Карагодіна

Соціальна робота в мінливому світі: виклик постмодерну 7

ВИВЧЕННЯ ТЕОРІЇ ТА ІСТОРІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Тетяна Семигіна

Чому соціальна робота набуває зеленого кольору?..... 11

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРВЕНЦІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Iryna Zharyk, Olena Purik, Iana Sazonova

Experience of implementing in Ukraine the harm reduction intervention
for adolescents 28

ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРАКТИК

Алла Ярошенко

Жінки та ВІЛ: гендерні лінзи здоров'я 39

Катерина Єрошенко

Можливості діяльності парапрофесійних соціальних працівників
в інтрадисциплінарних командах в Україні 55

Sergii Dvoriak, Olena Karagodina, Victor Chtenguelov, Iryna Pykalo

Ten years of the OAT implementation experience in Ukraine.
What further? (First part)..... 64

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ФЕНОМЕНІВ

Юлія Барська, Тетяна Степурко, Тетяна Семигіна, Вікторія Тимошевська

Здоров'я та (не)здорова поведінка українського населення: Результати національного
репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 77

РЕЦЕНЗІЯ

Зоя Гаркавенко

Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс..... 93

ПРОГРАМНІ ДОКУМЕНТИ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Глобальне визначення соціальної роботи96

НАУКОВЕ ЖИТТЯ АКАДЕМІЇ

Розробка проекту паспорта наукової спеціальності «Соціальна робота» 100

Слово від редакції

СОЦІАЛЬНА РОБОТА В МІНЛИВОМУ СВІТІ: ВИКЛИК ПОСТМОДЕРНУ

SOCIAL WORK IN THE VARIABLE WORLD: A POSTMODERN CHALLENGE

Олена Карагодіна

Док. мед. наук, професор, завідувачка кафедри соціальної роботи та практичної психології, Академія праці, соціальних відносин і туризму; редактор тематичного випуску «Вісника Академії праці, соціальних відносин і туризму»

Olena Karagodina

Dr. in Medicine, Professor and Head of Social Work and Applied Psychology Department, Academy of Labour, Social Relations and Tourism; Editor of the special issue, Journal of the Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0002-7412-5178

 karagodina.og@socosvita.kiev.ua

Попри достатньо тривалий - майже чвертьстолітній - термін існування соціальна робота залишається в Україні сферою діяльності, яка допоки не розкрила свого потенціалу зповна. Цей фах має надзвичайно низький престиж, відтак мотивація до навчання й професійного зростання не живиться усвідомленням соціального запиту, опрацьованого у достойній матеріальній винагороді або високому соціальному статусі. Однак потреба в якісній соціальній роботі, якою вона є в багатьох країнах світу, відчувається повсякденно й повсякчасно - через проблеми дітей, позбавлених батьківського піклування, насильство в сім'ї, невпинне зростання вживання психоактивних речовин та поширення суспільно-небезпечних інфекцій, ситуацію на ринку праці, повільне просування реформ місцевого самоврядування або системи охорони здоров'я, невтішну ситуацію на Сході чи становище осіб похилого віку. Негнучкість вітчизняної системи соціального захисту, керованої принципами «соціальної допомоги» або «забезпечення» всупереч ефективнішим моделям активізації, спонукає до пошуку альтернативних форм організації роботи з клієнтами й водночас до глибшого аналізу теорій [6], що мали б прислужитись осучасненню практики.

Балансуючи між «структурою» і «змістом», маємо вкотре поставити питання стосовно сутності цієї професії. Чи доречно наразі, маючи з 2014 року нове міжнародне визначення соціальної роботи [8], керуватись дефініціями, закладеними в українських нормативних документах? Або: чи можливо змінити вітчизняні нормативні документи відповідно до дефініцій соціальної роботи, ухвалених міжнародним професійним товариством? Ці подекуди риторичні запитання насправді суголосні зверненню до власної професійної ідентичності, адже поняття «соціальна послуга», що в українському нормативному полі охоплює сферу діяльності соціальних працівників, абсолютно не релевантне принципам та практиці соціальної роботи, презентованим у згаданому вище визначенні 2014 року.

Сучасне тлумачення змісту соціальної роботи - це суто постмодерний концепт, в якому, на відміну від попередніх формулювань, акцент зміщений «...від цінностей переважно матеріалістичних,

з наголосом на економічній та фізичній безпеці, до цінностей «постматеріальних», з актуалізацією й акцентуванням уваги на питаннях індивідуального саморозвитку і якості життя...» [4, с. 74]. Основні категорії сучасної соціальної роботи - забезпечення соціальних змін, соціальний розвиток, соціальна згуртованість, емпатермент і вивільнення - відбивають її динамічність, процесуальність, відповідну мінливості життєвих ситуацій або сутності людських взаємовідносин, що визнані одним з чотирьох найважливіших «фокусів» уваги соціальних працівників [8]. Професійні втручання в соціальній роботі усвідомлюються наразі як такі, що відбуваються «на межі» взаємодії людини з її середовищем [10], будучи скеровані ключовим принципом роботи з «людиною-в-середовищі» [7].

Хоч всупереч тенденціям мейнстриму в Україні професійна діяльність соціальних працівників «стиснута» застарілими догмами, жива тканина соціальної дії видається набагато різноманітнішою за нормативи. Плинність життєвих реалій, загальний поступ наукового дискурсу, розширення міжнародних контактів, входження в простір «мережових» відносин утворюють засади для «конструювання» змісту соціальної роботи незалежно від формальних рамок, визначених вітчизняними управлінськими структурами. Постмодерна за своєю суттю, соціальна робота, за твердженням М. Пейна, спонукає до «зміни способу, в який ми розмірковуємо про соціальне середовище і способу, в який ми утворюємо і розуміємо знання» [цит за 7], розкриваючи нові перспективи для наукового пошуку.

Огляд матеріалів цього номеру. Першу статтю цього тематичного числа із соціальної роботи присвячено змісту «зеленої соціальної роботи» як новітньої теорії та концептуального підґрунтя професійної діяльності (автор - **Тетяна Семизіна**). Ця робота написана за результатами аналітичного огляду близько 70 наукових публікацій та стратегічних документів міжнародних організацій. Вона висвітлює динаміку становлення однієї з сучасних парадигм соціальної роботи протягом останнього півстоліття. Розвиток концептуальних засад практичної діяльності соціальних працівників розглянуто в контексті соціально-політичних та економічних реалій, що поступово спричинили потребу в холістичному світосприйнятті, подоланні ставлення до природи як до «інструментального ресурсу», появі «суспільного запиту на екологічну справедливість». В роботі підкреслено спільність екологічно орієнтованої теорії та макро-практики соціальної роботи і концепції сталого розвитку, що наразі є частиною глобальної світової політики. На завершення аналізу становлення теорії та процесів інституціоналізації зеленої соціальної роботи авторка ставить питання про можливість її впровадження в Україні, наголошуючи на потужності такого ресурсу для відповіді на виклики гуманітарної катастрофи на Сході, несприятливої екологічної ситуації, соціально-політичної й економічної нестабільності.

У публікації за авторством учасниць проекту МБО «Альянс громадського здоров'я» **Ірини Жарук, Олени Пурік та Яни Сазонової** презентовано досвід нового для України дизайну інтервенції, спрямованої на подолання актуальної проблеми - поширення вживання психоактивних речовин у підлітковому та молодіжному середовищі. Методологія втручання базована на кращих практиках міжнародної соціальної роботи та результатах низки досліджень, проведених раніше Альянсом в Україні. Узагальнення результатів розвідки, що охоплює дані про надання послуг близько 9,5 тис. підлітків, дозволило авторкам розширити рекомендації щодо роботи за даною моделлю й запропонувати її використання для первинної та вторинної профілактики вживання наркотиків і поширення ВІЛ в середовищі осіб віком від 14 до 24 років. Окрім орієнтації на проблеми «підлітків вулиці», до переваг моделі віднесено також і її гендерну чутливість.

Гендерна чутливість соціальної роботи з людьми, які живуть з ВІЛ, постає центральною ідеєю роботи аспірантки АПСВТ **Алли Ярошенко** «Жінки та ВІЛ: гендерні лінзи здоров'я». В межах своєї аналітичної розвідки авторка структурує численні наукові дані щодо гендерно обумовлених чинників уразливості жінок до ВІЛ, акцентуючи увагу на впливі «гендерної належності» на доступ до влади й відмінності соціальних стереотипів щодо норм та моделей сексуальної поведінки чоловіків і жінок. Вона наголошує, що призма гендерної чутливості є основою зменшення уразливості до ВІЛ людей обох статей, оскільки слугує пошуку адекватних локальних моделей практики соціальної роботи в цій сфері.

Проблематику наукового пошуку, підпорядкованого завданням дисертаційного дослідження з соціальної роботи, розкриває й друга стаття цієї рубрики за авторством **Катерини Єрошенко** «Можливості діяльності парапрофесійних соціальних працівників в інтрадисциплінарних командах в Україні». Цією публікацією авторка продовжує розгляд перспективи започаткування практики громадських радників з юридичних питань в українських місцевих громадах (див., зокрема, Вісник АПСВТ №3 2017 р. [1]), фокусуючи наразі увагу на статусі парапрофесійних соціальних працівників та їхніх функціях. Поряд з оглядом наукових джерел в роботі висвітлено результати фокус-групового опитування 35 експертів-тренерів, що брали участь в імплементації мережі радників в українських громадах.

Рубрика «Вивчення соціальних практик» містить також роботу авторського колективу (**Сергій Дворяк** та співавтори), що розкриває десятирічну історію та здобутки впровадження в Україні терапії опіоїдної залежності агоністами опіоїдів. Попри численні надійні дані щодо ефективності цього підходу, він дотепер не дістав остаточної прихильності не лише серед широкого загалу, а й серед професіоналів, які працюють з різними аспектами проблеми хімічної залежності. В цьому числі Вісника оприлюднено першу частину огляду значної кількості новітніх наукових джерел та звітної документації реалізованих в Україні проектів, в яких доведено дієвість інтегрованої допомоги особам з опіоїдною залежністю, базованої на лікуванні агоністами опіоїдів (метадоном та бупренорфіном). Особливу увагу приділено немедичному аспекту допомоги, що має реалізуватись силами соціальних працівників. Як і решта розвідок, ця робота суттєво розширює фокус проблематики соціальної роботи в Україні, відбиваючи сутнісні зміни в практиці та потреби в нових напрямках професійної підготовки соціальних працівників.

Добірку наукових статей цього числа завершує публікація **Юлії Барської** та співавторів, що висвітлює результати другої хвилі національного репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження», виконаного за методологією визначення показника стану здоров'я і споживання послуг охорони здоров'я, що з 2006 року використовується в багатьох країнах світу. На думку авторів, результати цієї розвідки важливі для оцінки динаміки різних медичних проблем, що мають неабияку соціальну значущість, а також для виявлення поведінкових детермінант багатьох хронічних та інфекційних захворювань - таких, як куріння, вживання алкоголю, неправильне харчування і недостатня фізична активність. Відтак, отримані дані слугують розв'язанню питань мезорівня соціальної роботи і водночас можуть бути ресурсом для практики індивідуальної роботи з клієнтом - як точка відліку для оцінювання проблем і потреб або для планування так званої здоров'єзбережувальної діяльності в соціальній роботі [2].

У рубриці «Рецензія» розміщено аналіз матеріалів навчально-методичного посібника «Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс» [3], підготовленого групою авторів за загальною редакцією керівника Школи соціальної роботи НаУКМА Наталії Гусак (автор рецензії - **Зоя Гаркавенко**). Рецензент розглядає різні аспекти «цінності» підготовленого авторським колективом матеріалу й водночас обґрунтовує власне бачення перспектив впровадження нового підходу в практику вітчизняної соціальної роботи, окреслюючи певні перешкоди, що впливають з переважної орієнтації на дефіцитарну модель соціальної роботи, прерогативу позиції «соціального захисту» всупереч позиції активізації.

Продовжуючи знайомити читачів із програмними фаховими документами, в поточному числі ми презентуємо повний варіант глобального визначення соціальної роботи, ухвалений 2014 року Міжнародною федерацією соціальних працівників та Міжнародною Асоціацією шкіл соціальної роботи. Ця публікація містить переклад повної версії документу українською мовою - з коментарями, що дозволяють суттєво поглибити його розуміння. Тлумачення основних завдань, принципів, знань та практик соціальної роботи, подані в коментарях, проливають світло на такі суперечливі питання, як «двоїста сутність» соціальної роботи (представництво та захист інтересів окремих людей і, водночас, сприяння соціальному розвитку); співвідношення практики і науки, «науки та мистецтва» в діяльності соціальних працівників [11]; потенційна можливість запровадження «єдиних стандартів практики» соціальної ро-

боти для різних країн світу [5]; сутність та функціонування теорій соціальної роботи в її практиці, невідворотність етичних дилем тощо.

На завершення ми подаємо інформацію про роботу другого круглого столу «Запровадження програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи». Його учасники поряд з іншими нагальними проблемами обговорили предметне поле наукових досліджень із соціальної роботи й ухвалили проект паспорту наукової спеціальності 231 - «Соціальна робота», який сформовано з урахуванням сучасного міжнародного визначення.

Добірка матеріалів поточного тематичного числа відбиває різноманіття проблем, практик і дослідницьких підходів, що всупереч бюрократичним обмеженням і застарілим стереотипам зростають на теренах вітчизняної соціальної роботи, утверджуючи її постмодерну природу.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Єрошенко К. Параюридична практика: чого може навчитися з міжнародного досвіду українська соціальна робота? // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2017. №3. С. 38-47.
2. Клос Л. Підготовка майбутніх соціальних працівників до здоров'єзбережувальної діяльності в університетах США: теорія і практика. Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2017. 384 с.
3. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій : підхід резилієнс : навчально-методичний посібник / [Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін.]. Київ : НаУКМА, 2017. 91 с.
4. Постол А. А. Постмодернізм як сучасна соціально-політична реальність // Гуманітарний вісник ЗДІА. 2010. Вип. 42. С. 69-79.
5. Семигіна Т. В. Міжнародна соціальна робота: глобальні пріоритети соціального розвитку і нове визначення соціальної роботи // Вісник АПСВ. 2015. № 1. С. 6-11.
6. Семигіна Т. В. Розвиток власних теорій соціальної роботи: глобальні тенденції // Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (15 - 16 березня 2018 року, Київ) / За ред. Ю.М. Швалба. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2018. С. 90-194.
7. Danto, E. A. Postmodernism and Social Work: Introduction // Oxford Bibliographies Online. 2011. URL: <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195389678/obo-9780195389678-0132.xml> (дата звернення 5.03.2018).
8. Global Agenda for Social Work and Social Development // IFSW, IASSW, ICSW. 2012 . URL: <http://ifsw.org/get-involved/agenda-for-social-work> (дата звернення 5.03.2018).
9. Global Definition of Social Work // IFSW, IASSW. 2014. URL: <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/> (дата звернення 5.03.2018).
10. Social Development and Social Work Perspectives on Social Protection / Ed. by J. Drolet. New York: Routledge, 2016. 310 p.
11. Stratton, K. The artistry of social work understanding and practice: Thesis for the degree of Doctor of Philosophy / The University of Western Australia, 2005. 326 p. URL: http://research-repository.uwa.edu.au/files/4081958/Stratton_Katrina_2005.pdf (дата звернення 5.03.2018).

Вивчення теорії та історії соціальної роботи

УДК 364 (075.8).504

ЧОМУ СОЦІАЛЬНА РОБОТА НАБУВАЄ ЗЕЛЕНОГО КОЛЬОРУ?

WHY DOES SOCIAL WORK TURN GREEN?

Тетяна Семигіна

*Доктор політ. наук, професор кафедри соціальної роботи і практичної психології
Академії праці соціальних відносин і туризму*

Tetyana Semigina

Dr. in Political Science, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0001-5677-1785

 semigina.tv@socosvita.kiev.ua

Анотація

Однією з сучасних концепцій соціальної роботи вважають зелену соціальну роботу (green social work). Ця стаття має на меті розглянути передумови виникнення зеленої соціальної роботи як напряму теоретизування, окреслити стратегії, які пропонує ця теорія, проаналізувати їх втілення у практичній діяльності та під час навчання соціальних працівників.

Наукова розвідка ґрунтується на системному аналізі наукової літератури (67 англomовних публікацій) та 15 документів міжнародних і національних організацій.

Визначено, що у науковій літературі співіснують поняття «зелена соціальна робота» та «екосоціальна робота», хоча за концептуалізацією та пропонуваними стратегіями вони мало чим відрізняються, оскільки обидві орієнтовані на сприяння сталому розвитку та протидію екологічній несправедливості. Продемонстровано, яким чином відбувався розвиток екологізму як суспільного явища, як саме на це реагували науковці у сфері соціальної роботи, практики та викладачі соціальної роботи. З'ясовано, що у міжнародній соціальній роботі ідеї сталого розвитку та зеленої соціальної роботи перебувають, починаючи з 2010-х років, у процесі інституціоналізації.

Ключові слова:

зелена соціальна робота, екосоціальна робота, екологізм, сталий розвиток, зелені технології.

Key words:

green social work, ecosocial work, ecology, sustainable development, green technologies.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
26.01.2018

Рецензований: 1.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 6.03.2018

Прийнятий до друку:
12.03.2018

Abstract

One of the modern concepts of social work is green social work. This paper offers a review of the major literature about the the preconditions for the emergence of green social work as a theoretical direction, the strategies proposed by this theory and their implementation in practice and in the training programmes for social workers. Research is based on systematic analysis of academic literature (67 English-language publications) and 15 documents of international and national organizations.

It has been determined that in academic literature the concepts of «green social work» and «ecosocial work» coexist, although they differ little in terms of conceptualization and proposed strategies, since both are aimed at promoting sustainable development and counteracting ecological injustice. It has been found out that in the international social work the ideas of sustainable development and green social work have been in the process of institutionalization since the beginning of 2010.

Review identifies how the development of ecology as a social phenomenon took place, how social scientists, practitioners and teachers of social work reacted. The analysis made it possible to distinguish key strategies of practice of social work within the framework of the ecological perspective: proactive and reactive.

The paper also reviews experience of introducing green social work themes within University courses. It defines the variety of strategies to do that - from teaching social workers how to behave in the situation of emergencies and disasters to how to support rural population in implementing of green technologies.

And finally the paper asks questions whether Ukraine with its ecological problems, human-made disasters, including the armed conflict, and structural inequality can use the tools for community development and building resilience that are proposed by green social work.

Вступ

Соціальна робота, від моменту початку своєї професіоналізації наприкінці XIX століття, постійно розвивається. Оновлюється не лише репертуар тих технік та інтервенцій (організаційних процедур), які використовують соціальні працівники, а й теорія соціальної роботи як сукупність уявлень та концепцій, що відображають тенденції розвитку професії, обґрунтовують моделі втручання. Чинне глобальне визначення соціальної роботи, ухвалене 2014 р., наголошує на тому, що вона послуговується власними теоріями [7]; у той час як попереднє визначення стверджувало опертя соціальної роботи на теорії людської поведінки та теорії соціальних систем [8].

Однією з сучасних теорій (концепцій) соціальної роботи вважають «зелену соціальну роботу» (англ. - green social work). Ця теорія широко представлена у закордонній літературі, практиці та в навчальних дисциплінах. Проте в українському науковому дискурсі зелена соціальна робота допоки не обговорюється науковцями (за винятком А. Львовичкіної [6], котра зосереджує увагу на екологічній свідомості) належним чином. Хоча ідеї, на які спирається нова теоретична розробка, видаються цілком актуальними для України з огляду на її екологічні виклики [4; 9] та структурну нерівність [2].

Ця стаття має на меті розглянути передумови виникнення зеленої соціальної роботи як напряму теоретизування, окреслити стратегії, які пропонує ця теорія, проаналізувати їх втілення у практичній діяльності та під час навчання соціальних працівників.

Методологія роботи

Ця наукова розвідка ґрунтується на системному аналізі наукової літератури на основі пошукових запитів у GoogleScholar. Для пошуку використовувались ключові слова «green social work», «ecological justice and social work», «ecological perspective and social work», «green social work and education». Під час пошуку було обрано часовий інтервал 2000-2017 рр.

Під час пошуку було отримано понад 350 англomовних посилань на наукові публікації. Для аналізу відібрано ті повнотекстові статті та монографії, до яких наявний доступ через наукометричну базу даних EBSCO і які розкривали теоретичні та практичні аспекти реалізації зеленої соціальної роботи, її витоків (таких публікацій виявилось 67).

Слід зауважити, що для написання статті використано також окремі наукові роботи, опубліковані й до 2000 року, оскільки в них викладено парадигмальні засади, що сформували сучасні уявлення про зелену соціальну роботу, і це становило інтерес під час аналізу. Окрему увагу приділено стратегічним документам міжнародних організацій (ООН, Міжнародної федерації соціальних працівників, Міжнародної асоціації шкіл соціальної роботи тощо), національних асоціацій соціальних працівників тощо, у яких ішлося про екологічну складову діяльності соціальних працівників та сталий розвиток. Загалом було відібрано та проаналізовано 15 таких документів.

Концептуальною основою для проведення аналізу слугували: 1) структурний підхід, зокрема, соціальний конструктивізм П. Бурдьє [1], який обґрунтував важливість вивчення фізичного простору як необхідного елемента цілісного розуміння суспільства і соціальних процесів, що в ньому відбуваються, та 2) соціологія навколишнього середовища (environmental sociology), у витоків якої стояли соціологи Р. Данлеп та У. Кеттон, що звертає увагу на політичні, культурні та соціальні чинники використання природних ресурсів [34]. З огляду на такі методичні підходи у фокус уваги дослідження потрапила макропрактика соціальної роботи, тобто та діяльність соціальних працівників, яка спрямована на врегулювання відносин на рівні макросистем (економічний, культурний, політичний, соціальний контекст, екологія, суспільна дискримінація тощо) [47], а також деякі інтервенції на рівні мікропрактики.

Результати пошукової роботи та аналізу згруповані - на основі тематичного аналізу [38] - у блоки, що демонструють історичний процес від зародження ідей екологізму, їх впровадження у соціальній роботі і використання у навчальному процесі, що забезпечує інституціоналізацію практик та знань (рис. 1). У цій статті тематичні блоки зазнали подальшої агрегації. Відтак у роботі представлене авторське бачення: 1) історичного екскурсу, що передував появі концепції зеленої соціальної роботи; 2) аналіз визначень зеленої соціальної роботи, її теоретичного обґрунтування та зв'язків із концепцією сталого розвитку 3) огляд інституціоналізованих форм зеленої соціальної роботи у вигляді макропрактик, конкретних інтервенцій та навчальних програм.

Ключові результати

1. Передтечі появи концепції зеленої соціальної роботи

Екологічні підходи як такі не є новими для закордонної практики соціальної роботи. Ще півстоліття тому, у 1960-х роках почав розвиватися так званий екологічний підхід до мікропрактики соціальної роботи на індивідуальному рівні. Він спирався на концепцію екології людини (соціальну екологію),



Рис. 1. Тематичні блоки дослідження, що віддзеркалюють процес становлення теорії і практики зеленої соціальної роботи з 1980-х років і до 2017 р.

яка пояснювала закономірності взаємодії суспільства й навколишнього середовища, а також проблемами збереження довкілля. «Класичний» екологічний підхід у соціальній роботі виходить із ідеї «людини-в-оточенні», тобто того, що для допомоги особі подолати певні проблеми важливі взаємовплив оточення та людини, а також їх взаємообмін [43; 44]. У 1980-х у науковій літературі з'явилась критика цього підходу і розуміння, що соціальні працівники повинні впливати на соціальне та фізичне середовище клієнта, аби воно більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям особистості [90].

Вплив екологічної теорії на соціальну роботу не обмежується мікропрактикою. У 1980-1990-х у літературі із соціальної роботи [17; 18; 23; 54; 74; 80] дедалі більше уваги приділяли питанням, які опинились у тогочасному політичному порядку денному - глобальній екологічній кризі, зумовленій діяльністю людини та техногенними катастрофами, зокрема й Чорнобильській, проблемам зміни клімату та природнім стихійним лихам, наявному чи потенційному дефіциту природних ресурсів, урбанізації та масовій міграції.

Професійні дискусії почасти спирались на такий тогочасний напрям екологічної думки як «екологія людини» (антропоекологія), розроблений ще наприкінці 1970-х в дусі неодюркгеймівського напрямку з наголосом саме на соціальному, а не на індивідуальному споживанні ресурсів [62; 78]. З точки зору Ф. Баттела сформувалась «субкультурно-інвайронментальна» практика, за якою людство схильне використовувати природні ресурси у виробництві, у споживанні речей і послуг, в інституційній поведінці, особливо не замислюючись щодо їх вичерпування або про те, як це вплине на екосистему [20, с. 66]. І саме цій практиці кинули виклик соціальна екологія і соціальні рухи.

Наразі екологізм або інвайронменталізм (від англ. environment - довкілля, навколишнє середовище) поступово увійшов до сучасного політичного мислення [14; 27] та став основою соціального активізму [40; 81]. Як стверджує автор багатьох видань на тему екологізму Р. Екерслі, наприкінці 1990-х та на початку 2000-х критична політична екологія розширила межі громади. До громади почали відносити й навколишнє середовище, зокрема, природне довкілля [36]. Як свідчить аналіз наукових публікацій [50; 71], боротьба за збереження довкілля, чисте середовище стала різновидом активізму

й увійшла до репертуару політичної діяльності, а згодом, із середини 2000-х, стала інструментом державної та наддержавної (глобальної) політики.

Р. Естес, який вивчав суспільні рухи, що сприяли розвиткові ідей екологізму (а опосередковано й зеленої соціальної роботи), виокремлює, починаючи з 1960-х років, щонайменше дев'ять подібних рухів: 1) ранні рухи екології навколишнього середовища і людини в Європі та Північній Америці; 2) антивоєнні та антиатомні рухи Європи та Північної Америки; 3) рух «світового порядку»; 4) рух «моделювання світової динаміки»; 5) європейський «зелений» рух; 6) рух «альтернативна економіка»; 7) жіночий рух у Північній Америці та Європі, а останнім часом - в Латинській Америці; 8) рух корінних народів в Латинській Америці, Азії та окремих районах Тихого океану; 9) світовий рух за права людини [40]. Ці та інші рухи, екоцентричність політики, «зелена політична перспектива» і посилення вимог щодо екологічної відповідальності [35] сприяли впровадженню у практику концепцій «зелених технологій» (як-от, альтернативних джерел в енергетиці) [93] та «зеленої роботи» (за твердженням Л. Петтінгер, діяльності, що зменшує деградацію природи) [70].

У 2010-х розвитку дістали ідеї «зеленої економіки», яку Програма ООН з навколишнього середовища визначає як таку, що підвищує добробут людей і забезпечує соціальну справедливість, при цьому істотно знижує ризики для довкілля та збільшення бідності населення [86]. А оскільки зростання доходів і зайнятості забезпечується державними і приватними інвестиціями, що зменшують викиди вуглецю та забруднення середовища, підвищують ефективність використання енергії та ресурсів і запобігають втраті біорізноманіття та сприяють наданню екосистемних послуг, то ООН вважає, що ці інвестиції доцільно підтримувати за допомогою цільових державних витрат, реформ у сфері політики і зміни системи регулювання. Окрім цього, має бути впроваджений «зелений банкінг» [51], який заохочує сприятливі для довкілля ініціативи, проекти та інвестиції. Вбачається, що такий шлях розвитку повинен зберігати, збільшувати і, де це необхідно, відновлювати природний капітал як найважливіший економічний актив і джерело суспільних благ, особливо для бідних верств населення, джерела доходу і захищеність яких залежать від природи.

Розвиток політики екологічної відповідальності і впровадження зелених технологій супроводжувались формуванням екологічної культури і відповідного публічного та наукового дискурсу [12; 56]. В. Плавуд цілком резонно стверджує, що така культура ґрунтується на визнанні дуалізмів природокультура та потреби-культура. Цілком можна пристати до думки автора щодо наявності багаторівневих викликів матеріального і нематеріального характеру у ставленні до довкілля, до природи як данності, а не як до інструментального ресурсу [72, с. 4].

На особливу увагу в контексті аналізу історії розвитку концепцій соціальної роботи заслуговують питання «екологічної справедливості» та «екологічного расизму». Оскільки засадничим принципом соціальної роботи вважають опертя на соціальну справедливість [7], то питання справедливості у доступі до природних ресурсів та умов довкілля теж відіграють важливу роль у формуванні нових концепцій соціальної роботи.

Зауважу, що ще у 1991 році на зустрічі представників національних меншин у США було ухвалено документ «17 принципів екологічної справедливості», в якому йшлося про те, що громади повинні мати рівномірний доступ до природних ресурсів і безпечного середовища [63]. Дж. Пітерз, аргументуючи соціальність проблем екології, слушно відзначає, що кліматичні зміни впливають на доступ до води та родючих ґрунтів, що у свою чергу сприяє появі так званих «екологічних біженців». Забруднення повітря та шум трафіку спричиняють різні захворювання, ціни на енергію, їжу та інші продукти збільшуються [67].

У 1990-ті Р. Буллард та інші науковці [88; 24] запропонували концепцію «екологічного расизму», який вони визначали через непропорційний вплив небезпек навколишнього середовища, особливо токсичних сміттєзвалищ та забруднюючих фабрик, на представників етнічних меншин та малозабезпечені громади. При цьому поживлення академічного дискурсу у розвинених країнах відбувалось на тлі

піднесення політичного активізму і мобілізації громад у захисті своїх екологічних прав [21; 27]. Зрештою у 1994 р. Президент США Білл Клінтон підписав розпорядження «Про екологічну справедливість для населення з низькими доходами та меншин». Цей документ спрямовує федеральні установи на досягнення екологічної справедливості шляхом виявлення та, за необхідності, мінімізацію непропорційно високого негативного впливу своєї діяльності на здоров'я людей або довкілля на представників етнічних меншин та малозабезпеченого населення [39]. Така інституціоналізація екологічної справедливості мала важливий вплив на соціальне конструювання динамічної взаємодії між суспільством та природнім середовищем. Науковці [58; 59] почали відзначати, що майбутнє здоров'я і виживання людства безпосередньо залежить від усвідомленого ставлення теперішнього покоління до довкілля.

Таким чином, появі зеленої соціальної роботи як теорії та практики передували формування екологізму як наряду соціологічного дискурсу та політичного мислення, а також соціальний активізм на рівні громад, привнесення питань екології у політичний порядок денний, зокрема артикуляція суспільних запитів на екологічну справедливість, і розвиток так званих зелених технологій у різних сферах. При цьому характер причинно-наслідкових зв'язків між цими складниками не має лінійної тяглості, адже ці процеси відбувались нерівномірно у різних країнах.

2. Концептуалізація зеленої соціальної роботи

Розвиток теоретичних концепцій зеленої соціальної роботи пов'язують з ім'ям Лени Домінеллі, яка є прихильницею структуралістських підходів до розв'язання соціальних проблем і активізації пригноблених груп населення. Лена Домінеллі - професор Даремського університету (Велика Британія). Наразі ця дослідниця посідає чільне місце у сучасній науковій думці із соціальної роботи. Вона авторка понад 500 наукових публікацій, колишній Президент Міжнародної Асоціації шкіл соціальної роботи, від 2008 р. очолює Комітет з питань сталого розвитку у цій Асоціації, відзначена за свою наукову діяльність і активізм багатьма міжнародними нагородами [73]. Теоретичні засади зеленої роботи викладено у її книзі «Зелена соціальна робота: від кризи навколишнього середовища до екологічної справедливості» (2012) [29]. Їй передували інші публікації цієї авторки, в яких обговорювалась роль соціальних працівників у сприянні захисту людей і громад від екологічних катастроф [28].

Метою зеленої соціальної роботи британська дослідниця вважає «роботу над реформуванням суспільно-політичного життя й економічних сил, які негативно впливають на якість життя бідних і маргіналізованих верств населення, сприяння безпечним політичним змінам та соціальним перетворенням, необхідним для посилення добробуту людей і планети сьогодні та в майбутньому» [29, с. 25].

Загалом, зелена соціальна робота охоплює дуже глобальні питання розвитку та життєдіяльності планети, не обмежуючись поняттями країн, держав чи суспільств, декларуючи необхідність рівного доступу до всіх ресурсів планети починаючи з природних і закінчуючи матеріальними благами: рівний доступ до питної води, продуктів харчування, чистого повітря, природних копалин, розподілу фінансових потоків тощо.

Домінеллі наполягає, що зберігаючи існуючу систему взаємовідносин, ми рухаємося в сторону деградації природного середовища, що веде до таких техногенних катастроф як бідність, збройні конфлікти, забруднення, надмірна урбанізація (мегаполіси, відсутність інфраструктури та комунальних та медичних послуг) [31].

Одночасно з Леною Домінеллі питання концептуалізації екологічно-орієнтованих практик соціальної роботи досліджували Джон Коатс (Канада) та Мел Грей (Австралія). Вони наголошували, що реагування на проблеми, пов'язані з руйнуванням довкілля, дозволило соціальній роботі як професії переглянути свої основні концепції та обов'язки перед людьми та громадами [23]. Однак, ці автори не послуговувались конструктом «зелена соціальна робота», а звертали увагу на міждисциплінарність екологічних підходів і на важливість широкої бази знань та взаємодії соціальних працівників з

представниками інших професій, з тим, щоб ефективно реагувати на багато аспектів зміни клімату та деградації довкілля.

Сутнісний доробок у посилення теоретичного обґрунтування екологічної спрямованості сучасної професійної соціальної роботи зробив Джеф Пітерс (Бельгія). У своїх працях [67-69] він обстоює потребу у розвитку екосоціального підходу. На його думку, екосоціальна робота має три складові: активізація (наснаження, імпауермент), при чому йдеться переважно не про індивідуальний, а про колективний вимір, тобто про наснаження громад; соціальний капітал, знову ж таки як ресурс громади; життестійкість (резилієнс) як здатність груп і громад протистояти викликам.

Пітерс виділяє кілька функцій екосоціальної роботи. Перш за все, соціальне навчання - поширення ідей розумного споживання та виробництва, з наголосом на значенні здорового довкілля для людського добробуту. По-друге, посилення соціального виміру сталого розвитку. При цьому сталий розвиток автор розглядає як інтеракцію в межах трьох вимірів: економічного, соціального та екологічного (процвітання, людина, планета) і відповідно як баланс капіталів: соціального, екологічного, економічного, а також людського та фінансового. Фокус соціальної роботи на соціальній справедливості може сприяти раціональному розподілу ресурсів у межах процесів сталого розвитку. Йдеться також про формування нового розуміння добробуту, залучення людей до активної участі в житті громади. У сфері політики соціальна робота може сприяти розвитку громад не тільки через практику адвокатування певних рішень, а й через побудову мереж та коаліцій громадянського суспільства. Соціальні працівники завжди мають залишатися критичними в разі прийняття владою неетичних рішень в контексті сталого розвитку [67-69]. Таким чином, соціальні працівники можуть стати підтримкою або опозицією владі, залежно від характеру прийнятих рішень.

Ці ідеї співзвучні підходам інших авторів, які розглядають екосоціальну роботу [10; 53; 57; 77] або зелену соціальну роботу [13; 16]. Науковці доходять спільної думки в тому, що соціальні працівники - це адвокати змін та всіх аспектів соціальної справедливості, серед інших і теми довкілля, в якому живуть громади, а здорове довкілля розглядається ними як невіддільне право людини, складова людської гідності та недискримінації.

Дискусіям щодо того, чи є соціальна робота «зеленою професією», поклато край обговорення та підтримання ООН концепції сталого розвитку [26]. Міжнародні фахові організації соціальних працівників почали активно використовувати ідеї цієї концепції у своїх документах. Зокрема, документ «Світові пріоритети соціальної роботи і соціального розвитку: зобов'язання щодо дій» (ухвалений Міжнародною федерацією соціальних працівників, Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи і Міжнародною радою соціального добробуту та оприлюднений 2012 р.) [84] з-поміж пріоритетів соціальної роботи визначає сприяння стабільності довкілля.

У 2015 р. після широкого обговорення документів, викладених у вільному доступі на сайті ООН, було ухвалено Глобальні цілі сталого розвитку [87]. І одразу після цього побачили світ наступні документи: 1) резолюція «Роль соціальної роботи в системах соціального захисту: універсальне право на соціальний захист» (Міжнародна федерація соціальних працівників, 2016) [85], яка розглядає значення соціального захисту задля сталого соціального розвитку; 2) заява «Сприяння екологічній та суспільній стійкості» (Міжнародна асоціація шкіл соціальної роботи, 2016) [45], яка визначає завдання соціальних працівників з огляду на потребу у забезпеченні сталого розвитку суспільства.

Наразі Глобальні цілі сталого розвитку і соціальна робота мають багато спільного. Наприклад, документ ООН використовує такі поняття, як людська гідність, повага до різноманітності, рівність і недискримінація, розширення можливостей, впевненість, самодопомога і реалізація повного потенціалу людини. Ці поняття важливі для практики соціальної роботи, адже вони становлять основу професійного світогляду соціальних працівників.

Отже, аналіз джерел свідчить, що попри термінологічну відмінність («зелена соціальна робота», «екосоціальна робота», «екологічна практика соціальної роботи») розвиток зеленої соціальної роботи

відбувається у межах структуралістського, антидискримінаційного підходу до тріади відносин «людина - суспільство - природа» та посилюється тим, що концепція сталого розвитку, яка стала частиною глобальної, транснаціональної політики, має багато спільного з макропрактикою соціальної роботи.

Зелену соціальну роботу вважають інноваційним підходом до екологічних проблем. Ці нововведення включають: холістичний (цілісний) підхід до всіх народів, інших живих істот рослин та тварин, а також фізичної екосистеми; визнання взаємозв'язку між усіма цими складовими; переосмислення обов'язку піклуватися про інших, зокрема обов'язку піклуватися про планету. Водночас зелена соціальна робота продовжує традиції радикальної (критичної) парадигми соціальної роботи, яка протистоїть неолібералізації та бездумній індустріалізації, ставленню людей до природи та планети як до засобу, який слід експлуатувати, щоб заробити прибуток для тих, хто любить розкішний і багатий спосіб життя [37]. Цінності зеленої соціальної роботи включають: сприяння рівності, соціальній інтеграції, справедливому розподілу ресурсів, зобов'язання не руйнувати ресурси, щоб вони могли бути збережені для майбутніх поколінь людей, тварин, рослин та планети Земля, а також права людей на те, щоб жити і задовольняти свої потреби.

3. Інституціоналізація зеленої соціальної роботи

Інституціоналізація зеленої соціальної роботи, як і будь-якої іншої парадигми соціальної роботи, відбувається через практику, академізацію та інтерналізацію професійною культурою. Розглянемо ці виміри інституціоналізації детальніше.

Аналіз наукових публікацій з тематики зеленої соціальної роботи дав змогу виокремити ключові стратегії практики соціальної роботи у рамках екологічної перспективи: випереджувальну та реагуювальну (див. табл 1). Слід зауважити, що запропонована класифікація є умовною, адже обидві стратегії спрямовані на соціальні зміни в громадах за участю її членів, використовують підхід, орієнтований на сильні сторони та розвиток стійкості (резилієнс).

Табл. 1. Ключові стратегії практики соціальної роботи у рамках екологічної перспективи

Стратегія	Зміст	Публікацій, що описують стратегію
Випереджувальна	Боротьба за доступність ресурсів для всіх, формування раціонального споживання природних ресурсів; залучення громад та користувачів послуг до здобуття знань та навичок, які дадуть інноваційні, альтернативні рішення для подолання наявних чи потенційних екологічних криз	Л. Доміnellі [29] А-Л. Матт'єс, К. Нархі та Д. Уорд [83] Д. Пітерс [67-69] Л. Степлс [81]
Реагуювальна	Робота з тими особами, групами та громадами, які потерпіли від надзвичайних ситуацій (природних катастроф, стихійних лих, техногенних катастроф, війн абощо), над відновленням життєдіяльності громади та доступу до ресурсів	Л. Доміnellі [30] Д. Дролет [32] М.Д. Захур та Е.Б. Гаррел [95] Б. Р. Нікку [66]

Джерело: побудовано автором на основі вивчення літератури.

Як зауважує Дж. Пітерс [68], роль соціальної роботи - будувати соціальний капітал, базуючись на наснаженні та взаємодії між різними соціальними акторами. Відтак можна погодитися з думкою про те, що інтервенції зеленої соціальної роботи є різновидами антидискримінаційної наснажувальної практики в громаді та в ширшому суспільстві [48].

Згідно із літературою [29; 69; 83; 96] соціальні працівники мають бути активними суб'єктами викорінення соціальних та екологічних проблем, розв'язання структурних нерівностей, виконувати наступні завдання у межах роботи в громаді: 1) оцінка ризиків, необхідності певних втручань; 2) планування пом'якшення наслідків; 3) розробка конкретного плану дій соціально-економічного розвитку громади чи груп у ній; 4) впровадження плану дій, координація, доставка товарів та послуг, підтримка окремих людей у громаді для відновлення їхнього життя, розвиток стійкості та спроможності мінімізувати майбутні ризики, надання допомоги сім'ям у виконанні їхніх зобов'язань, підтримка самоорганізації в громаді тощо; 5) оцінка виконання плану, пропагування і лобіювання наступних змін. Відповідно соціальні працівники можуть діяти як консультанти, які допомагають людям впоратися з емоційними наслідками соціальної та екологічної несправедливості; фасилітатори; координатори; мобілізатори людей, ресурсів та систем; переговорники або брокери між громадами та різними рівнями державного управління; посередники між групами, що перебувають у конфлікті; консультанти державних та інших служб; захисники прав людини; тренери, які навчають, яким чином отримати доступ до певних ресурсів; аналітики; посередники між представниками різних професій (за висловом Л. Доміnellі, «міждисциплінарні перекладачі» [29, с. 34]).

Аналізуючи практику зеленої соціальної роботи, важко оминати доробки М. Унгара [89]. Саме він запропонував соціальним працівникам послуговуватись принципом екологічної перспективи, тобто розумінням, що сукупність ресурсів громади важливіша для її стійкості до викликів, ніж особисті якості кожного індивіда окремо. З-поміж інтервенцій у межах екосоціальної роботи цей автор виокремлює: фасилітовану навігацію (допомогу громади в тому, щоб зробити доступним її ресурси для кожного її представника), фасилітовані переговори (допомога громади у тому, щоб її представники ефективно вели переговори за ресурси), диференційний вплив (чим більш вразливою є особа, тим позитивніше впливатиме ресурс на її чи його психосоціальний розвиток), комплексність (для забезпечення синергії ресурсів громади необхідно залучати одночасно багато взаємозалежних процесів).

Соціальні працівники беруть участь в екологічних рухах і спонукають громади обстоювати свої права на безпечне середовище, вимагають разом із громадами дотримання законів і норм [92].

Можна вести мову про те, що практика зеленої соціальної роботи демонструє багаторівневий системний підхід: соціальна дія має бути спрямована на всі рівні та зв'язки між ними одночасно, соціальна робота повинна будувати альянси з іншими сферами. Основа цього підходу - розвиток громад та побудова мережі, яка буде стійкою, але здатною до змін. Водночас до цієї роботи можуть бути залучені й соціальні працівники, які здійснюють індивідуальну чи групову соціальну роботу з окремими особами та сім'ями [67].

Строкатість і нелінійність екосоціальних інтервенцій, варіативність ролей соціальних працівників в обстоюванні екологічної справедливості обмежує виразне визначення практики зеленої соціальної роботи, породжує академічні дебати, зумовлює появу американської, австралійської, європейської (британської, скандинавської тощо), японської академічних шкіл зеленої соціальної роботи. Аналіз літератури доводить, що в навчанні зеленій соціальній роботі у різних країнах роблять неоднакові наголоси і приділяють «зеленим інтервенціям» різну увагу. В деяких випадках не йдеться про зелену соціальну роботу як таку, але університети приділяють неабияку увагу навчанню соціальних працівників діям в умовах стихійних лих та різного роду катастроф, тобто в екстремальних умовах [42]. Дослідники відзначають, що на особливу увагу соціальних працівників заслуговують ті, хто перебуває у невідгладному соціальному становищі, адже вони потерпають від лих найбільше, прикладом чого може слугувати Нью-Орлеан (США), ущент зруйнований ураганом Катрина. У найскрутнішому становищі тоді опини-

лись мешканці бідних афро-американських кварталів, які були у вразливому становищі й до стихійного лиха. Відтак майбутні соціальні працівники мають вчитися протидіяти подвійній дискримінації, мати готовність протистояти лихам і розуміти зміну «нормальності» (в розумінні соціального конструктивізму) ситуації, координувати рятувальні програми і програми допомоги, надавати первинну психологічну допомогу жертвам лих та переселенцям [11; 94].

В інших навчальних закладах соціальні працівники опанують роботу із сільськими громадами щодо впровадження «зелених технологій» і розумного споживання природних ресурсів [25; 52]. Публікації також підтверджують, що підготовка соціальних працівників до роботи в рамках екологічних підходів відбувається з огляду на концепцію сталого розвитку, й саме ця концепція слугує парадигмальною основою відповідних навчальних курсів [65; 82]. Ці роботи доводять, що залучення студентів, підвищення обізнаності щодо їхньої ролі в захисті та збереженні довкілля критично важливі як для збереження ресурсів для прийдешніх поколінь, так і для професійного розвитку соціальної роботи.

Деякі автори ведуть мову про те, що все навчання соціальних працівників має бути наскрізно «зеленим», і пропонують різноманітні стратегії, як цього досягнути [33]. Наприклад, Е. Лукас-Дарбі [61] описує включення зеленої теми до семестрового курсу «Практична соціальна робота в громаді» для бакалаврів соціальної роботи. Студенти готують свої «зелені» проекти як обов'язкове завдання в межах курсу. На думку дослідниці, включення охорони довкілля до курсу допомагає студентам зрозуміти важливість цієї теми та визначити свою роль, яку вони можуть вже зараз виконувати задля збереження довкілля. Авторка також наводить попередні дослідження, де визначено, що такі сфери як транспорт, постачання енергії, будівництво, зменшення кількості відходів, мають безпосередній вплив на клієнтів соціальної роботи. «Зелений» підхід вона визначає як усвідомлення впливу діяльності людини на майбуття планети. Діяти в межах «зеленого» підходу - зменшувати негативні впливи на довкілля.

Авторка описує теоретичну базу курсу: декілька тем, що стосуються охорони довкілля, зеленої економіки та їхній вплив на клієнтів соціальної роботи. В межах курсу всі студенти мають обрати громаду, в якій працюватимуть, визначити в ній «зелену» проблему чи потребу, розробити план дій та практично допомогти втілити цей план за допомогою інструментів соціальної роботи. Проект має передбачати відповіді на низку запитань: чому була обрана відповідна проблема чи потреба, чому її розглядають як проблему чи потребу в громаді, якими були попередні спроби вирішення проблеми в громаді, якими є очікувані зміни, якими є сильні та слабкі сторони організації, планування зусиль щодо вирішення проблеми, якими є очевидні переваги втілення плану для громади, якою є роль соціального працівника, які лідерські навички (стратегії лідерства) потрібні для вирішення проблеми, якими є найраціональніші стратегії для вирішення соціальної проблеми. Таким чином, авторка детально описує «зелений» проект для студентів у межах курсу, спрямованого на практику соціальної роботи в громаді.

У табл. 2 узагальнено ідеї щодо навчання майбутніх соціальних працівників практичним аспектам соціальної роботи у рамках екологічної перспективи.

Окрім академізації зеленої соціальної роботи відбувається й її інтерналізація професійною спільнотою. Хоча етичні кодекси для фахівців соціальної роботи Британської асоціації соціальних працівників [15], Канадської асоціації соціальних працівників [22], Національної асоціації соціальних працівників США [64] не містять безпосередніх згадок про практику зеленої соціальної роботи, проте описи функцій та відповідальності соціальних працівників за викорінення структурних нерівностей, відповідальності перед суспільством цілком відповідають сучасним уявленням про роль соціальної роботи у забезпеченні сталого розвитку [19]. Це саме стосується й Глобального визначення соціальної роботи, ухваленого 2014 р. [46]. Водночас ще у 2009 році Національна асоціація соціальних працівників США ухвалила спеціальну заяву, якою визнала довкілля сферою втручання соціальних працівників [79].

Важливим показником інституціоналізації нових екосоціальних підходів соціальної роботи на міжнародному рівні й нового бачення професії можна вважати той факт, що у 2018 році Всесвітній день соціальної роботи, який відзначається у другий вівторок березня, має гасло «Сприяння сталості громад та довкілля» [91]. Глобальний форум соціальної роботи, який організовується щодвароки, у 2018 році має назву «Сталість довкілля і громад: рішення людей у мінливому суспільстві» [55]. Ці кроки свідчать про просування ідей зеленої соціальної роботи від суто академічної концепції до глобального професійного тренду, перегляд меж і функцій соціальної роботи як фаху.

Табл.2. Підходи до навчання соціальної роботи у рамках екологічної перспективи

Підхід	Зміст	Публікації, що описують підхід
Підготовка до роботи в умовах катастроф	Координація програм допомоги, перша психологічна допомога потерпілим, протидія дискримінації, мобілізація громад на відновлення середовища	Т. Апатія-Вейг [11] П. А Фіндлі, К. Дж Поттик., С. Джордано [42] М. Закур [94]
Підготовка до роботи щодо соціально-економічного та екологічного розвитку громад	Зменшення екологічної несправедливості в громаді, формування готовності протидіяти екологічним викликам, навчання розумному споживанню, впровадження зелених технологій	Ф. Крауфорд та ін. [25] К. Харріс, Дж. Бодді [52] Е. Лукас-Дарбі [61] Д. Пітерс [69]
Підготовка до політичної соціальної роботи	Лобювання інтересів громад і груп, які зазнають екологічної дискримінації, протидія структурній нерівності, вплив на урядові структури задля втілення ідей сталого розвитку	Дж. Дролет, Г. Ву, М. Тейлор, А. Деннех [33] А. Несмит, Н. Сміт [65] С. Тейшейра, А. Крінгс [82] Г. М. Ядама [92]

Джерело: побудовано автором на основі вивчення літератури.

Отже, проведений аналіз досліджень і документів міжнародних організацій засвідчує, що зелена соціальна робота або екосоціальна робота проходить процес поступової інституціоналізації. Вона в цілому орієнтована на активний розвиток і самоорганізацію громад.

Підсумкові міркування

Концепція зеленої соціальної роботи спирається на структурний підхід до розв'язання проблем соціальної нерівності та бідності, наголошує на потребі такої діяльності соціальних працівників, яка була б орієнтована на забезпечення гідних умов навколишнього середовища та екологічної справедливості, належного і рівного доступу до природних ресурсів, веде мову про зміну соціального контексту та збереження довкілля, обґрунтовує специфічну практику втручання соціальних працівників в умовах екологічних та техногенних катастроф.

Узагальнюючи проведений аналіз, можна визначити, що на сучасному етапі свого розвитку теорія і практика зеленої соціальної роботи характеризуються наступним:

1) зелена соціальна робота виходить із холістичної (цілісної) парадигми й пов'язана з радикальними (критичними) теоріями соціальної роботи та ідеями соціального конструктивізму;

2) вона вводить поняття «екологічної справедливості» в рамках концепції соціальної справедливості і ставить під сумнів несправедливий та нераціональний розподіл ресурсів, короткострокове планування і діяльність політичних структур, орієнтовану на підтримку неоліберальних моделей індустріалізації;

3) вона може вважатися мульти- чи трансдисциплінарною, оскільки інкорпорує знання та навички з різних сфер, а не тільки соціальної роботи, й передбачає взаємодію з представниками інших професій;

4) вона обстоює потребу у специфічних для місцевості, культурно відповідних підходах до зменшення ризиків та ліквідації наслідків стихійних лих, передбачає розвиток громади на основі підходу, орієнтованого на сильні сторони та розвиток соціального капіталу, за якого громада розглядається як співвиробник соціальних змін у подолання структурних нерівностей;

5) вона розширює поле діяльності соціальних працівників - з прав людини, роботи з уразливими, маргінальними групами населення, роботою над стигмою, дискримінацією тощо, до питання справедливості розподілу ресурсів навколишнього середовища, планети в цілому.

Концепції сталого розвитку, зокрема сталого соціального розвитку, знаходять дедалі більше поширення в документах професійних організацій, які визначають завдання соціальної роботи, а також у науковій літературі. Наразі формування ідей зеленої соціальної роботи (екологічних напрямів соціальної роботи) продовжує досить традиційну для соціальної роботи парадигму захисту прав людини та стійкого розвитку громад, які спираються на макропрактику соціальної роботи.

З огляду на наявні документи професійних організацій та проведені дослідження завдання зеленої соціальної роботи у контексті Глобальних цілей сталого розвитку [87] полягають у втіленні підходів, орієнтованих на забезпечення стійкого соціального розвитку людей та громад, у яких вони мешкають, обстоювання прав людини, зокрема на безпечне середовище. На практиці це реалізується через забезпечення прав людини і протидію бідності, макросистемну «політичну соціальну роботу» як відповідь на економічну кризу та політику економічної ощадливості, яка знайшла вираження у сутнісному перегляді соціальних програм [60].

Таке широке розуміння сучасної практики соціальної роботи протистоїть «дефіцитним», патерналістським моделям соціальної роботи, які властиві Україні, як і деяким іншим постсоціалістичним країнам, й фокусуються на патологіях, проблемах чи відсутності у клієнтів потрібних ресурсів [76]. Ця новітня практика також протистоїть неоліберальним тенденціям зведення змісту практики соціальної роботи до короткострокового догляду за тими, хто не може обійтися без сторонньої допомоги. Вона також виходить за межі екологічної психології [3; 5], оскільки зелена соціальна робота передбачає вплив на соціальний контекст і владу в громадах.

Чи потрібна Україні зелена соціальна робота як різновид антидискримінаційної практики? Які уроки з фахових трансформацій міжнародної соціальної роботи може винести для себе українська професійна спільнота, що почасти перебуває під впливом традиційних пострадянських концепцій «соціального забезпечення»? Чи готові університети до викладання курсів для соціальних працівників із впровадження в громадах силами членів цих громад екологічних проектів та «зелених технологій» як основи соціально-економічного розвитку, а не лише курсів із формування екологічної свідомості? Напевне, як це було й раніше [76], саме університетське, академічне середовище має стати каталізатором осучаснення професії соціального працівника в Україні, привнесення у фах нових ідей і відпрацювання технік, що відповідають перспективним напрямам розвитку професії.

Очевидно, що мало хто заперечуватиме: в країні, яка пережила дві хвили внутрішньої міграції (після Чорнобильської катастрофи та збройного конфлікту на території Донбасу), яка має райони із загрозами паводків та підтоплень, громади із вкрай несприятливою екологічною ситуацією, а також так звані депресивні райони, не кажучи вже про структурні нерівності в громадах і між громадами, стійку тенденцію урбанізації, слід було б більше уваги приділяти екосоціальним підходам і формуванню життєстійкості вразливих груп у громадах, а не обговоренню розмірів державних субсидій і матеріальної допомоги.

Подяка

Хочу подякувати студенткам програми підготовки докторів філософії за спеціальністю «Соціальна робота» Академії праці, соціальних відносин і туризму за наснаження. Саме ви своїми заповзяними дискусіями й вдумливими презентаціями стосовно ідей сталого розвитку, філософії зеленої соціальної роботи, особливостей підходу, орієнтованого на сильні сторони, та моделі резілієнс (стійкості), спонукали мені завершити цю наукову розвідку. Ви мали рацію, коли казали, що в Україні мало аналізують сучасні теорії соціальної роботи й тенденції розвитку її міжнародної практики, критикували українотовний академічний дискурс за відсталість, а мене за те, що не пишу про те, про що розповідаю на заняттях. Буду виправлятися!

Я надзвичайно вдячна Лені Домінеллі за змогу спілкуватись особисто, за співпрацю і за можливість долучитись до написання книжки «The Routledge Handbook of Green Social Work» [97] за її вимогливим редагуванням, яка має бути презентована на світовому конгресі із соціальної роботи в Ірландії влітку 2018 року.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Бурдьє П. Соціальне пространство: поля і практики / Сост. і пер. с фр. Н.А. Шматко. Ч. 1. Санкт-Петербург: Алетейя, 2007. 567 с.
2. Лібанова Е. М. Надмірна соціально неприйнятна нерівність: головний виклик для українського суспільства // Вісник Академії наук України. 2017. № (5). С. 22-25.
3. Льовочкіна А.М. Психологічні засади формування еколого-орієнтованої свідомості. Житомир: вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. 422 с.
4. Люта Н. Г. Екологічний стан довкілля та європейські перспективи України // Мінеральні ресурси України. 2011. № 1. С. 6-11.
5. Потапчук Л.В. Екологічна психологія. Луцьк: Вежа-Друк, 2012. 212 с.
6. Програма XIII Міжнародної конференції з екологічної психології «Сучасні проблеми екологічної психології: Життєдіяльність особистості в умовах сучасного міста // Екологічна психологія в Україні. 2017.12-13 травня. URL: http://ecopsy.com.ua/data/conf/program_2017.pdf (дата звернення: 11.10.2017).
7. Семигіна Т. Міжнародна соціальна робота: глобальні пріоритети соціального розвитку і нове визначення соціальної роботи // Вісник АПСВ. 2015. № 1. С. 6-11.
8. Семигіна Т. В., Брижовата О. С. Міжнародне визначення соціальної роботи // Соціальна політика і соціальна робота. 2002. № 3-4. С. 144-157.
9. Сотник І. М., Петухова А. Є. Проблеми і перспективи розвитку державної політики ресурсозбереження в Україні // Регіональна, галузева та суб'єктна економіка України на шляху до євроінтеграції: м-ли IX міжнар. наук.-практ. конф. Харків: ХНУБА, 2017. Ч. 1. С. 138-140.
10. Alston M. Social work, climate change and global cooperation // International Social Work. 2015. Vol. 58(3). P. 355-363.
11. Apatia-Vague T. A new kind of normality: The responses of young social workers to the Canterbury earthquake // Social Dialogue. 2013. Vol. 6. P. 56-61.
12. Bang M., Medin D. I., Atran S. Cultural mosaics and mental models of nature // PNAS. 2007. Vol. 104. P. 13868-13874.
13. Banks C. Green Social Work: From Environmental Crises to Environmental Justice // Social Work Education. 2013. Vol. 32(5). P. 692-693.
14. Barry J., Eckersley R. The State and the Global Ecological Crisis. MIT Press, 2005. 307 p.
15. BASW: The Code of Ethics for Social Work. Statement of Principles / British Association of Social Workers. URL: <https://www.basw.co.uk/resource/?id=501> (дата звернення 1.10.2017).
16. Beckett C. Green Social Work // Practice. 2013. Vol. 25(3). P. 213-215.
17. Berger R.M., Kelly J.J. Social Work in Ecological Crisis // Social Work. 1993. Vol. 38 (5). P. 521-526.

18. Besthorn F. H. Deep Ecology's contributions to social work: A ten-year retrospective // *International Journal Of Social Welfare*. 2012. Vol. 21(3). P. 248-259.
19. Bowles W., Boetto H., Jones P., McKinnon J. Is social work really greening? Exploring the place of sustainability and environment in social work codes of ethics // *International Social Work*. 2016. Vol. 1. Doi:10.1177/0020872816651695.
20. Buttel F.H. *Environmental and Resource Sociology: Theoretical Issues and Opportunities for Synthesis* // *Rural Sociology*. 1996. Vol. 1. P.56-76.
21. Čapek S. M. The «Environmental Justice» Frame: A Conceptual Discussion and an Application // *Social Problems*. 1993. Vol. 40 (1). P. 5-24.
22. CASW: Code of Ethics // Canadian Association of Social Workers. URL: <https://casw-acts.ca/en/Code-of-Ethics> (дата звернення 1.10.2017).
23. Coats J., Gray M. The environment and social work: An overview and introduction // *International Journal of Social Welfare*. 2012. Vol. 21(3). P. 230-238
24. Cole L. W., Foster S. R. *From the Ground : Environmental Racism and the Rise of the Environmental Justice Movement*. NYU Press, 2001 - 244 p.
25. Crawford F., Agustine S. S., Earle L., Abubakar A. B. K., Luxford Y., Babacan H. Environmental Sustainability and Social Work: A Rural Australian Evaluation of Incorporating Eco-Social Work in Field Education // *Social Work Education*. 2015. Vol. 34(5). P. 586-599.
26. Dawn P., Reisch M. Rethinking Social Work's Interpretation of 'Environmental Justice': From Local to Global // *Social Work Education*. 2015. Vol. 34 (5). P. 471-483.
27. Dobson A. *Green Political Thought*. 3d ed. London: Routledge, 2000. 240 p.
28. Dominelli L. Climate change: social workers' roles and contributions to policy debates and interventions // *International Journal of Social Welfare*. 2011. Vol.20: 4. P. 30-38.
29. Dominelli L. *Green social work: From environmental crises to environmental justice*. Cambridge: Polity Press, 2012. 207 p.
30. Dominelli L. Mind the Gap': Built infrastructures, sustainable caring relations and resilient communities in extreme weather events. *Australian Social Work*. 2013. Vol. 66. P. 204-2017.
31. Dominelli L. Promoting environmental justice through green social work practice: A key challenge for practitioners and educators // *International Social Work*. 2014. Vol. 57(4). P. 338-345.
32. Drolet J. et al. Women rebuilding lives post-disaster: innovative community practices for building resilience and promoting sustainable development. // *Gender & Development*. 2015. Vol. 23(3). P. 433-448.
33. Drolet J., Wu H., Taylor M., Dennehy A. Social Work and Sustainable Social Development: Teaching and Learning Strategies for 'Green Social Work' Curriculum // *Social Work Education*. 2015. Vol. 34(5). P. 528-543.
34. Dunlap R. E., Catton W. R. Environmental sociolog // *Annual Review of Sociology*. 1979. Vol. 5. P. 243-273.
35. Eckersley R. *Environmentalism and Political Theory: Toward an Ecocentric Approach* MIT Press, 2005. 307 p.
36. Eckersley R. *The Green State: Rethinking Democracy and Sovereignty*. MIT Press, 2004. 348 p.
37. *Economy for the One Per Cent*. Oxford: Oxfam, 2014. URL: <https://policy-practice.oxfam.org.uk/our-work/inequality/an-economy-for-the-one-percent> (дата звернення 5.08.2017).
38. Engel R., Schutt R.K. *The practice of research in social work*. 3d ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2013. 504 p.
39. *Environmental Justice for Low Income & Minority Populations: Executive Order 12898*, 1994 // US Department of Homeland Security. URL: <https://www.fema.gov/executive-order-12898-environmental-justice-low-income-minority-populations-1994#1> (дата звернення 1.10.2017).
40. Estes R. J. Toward sustainable development: from theory to praxis // *Transnational Social Work Practice* / N. J. Negi and R. Furman (eds.). Columbia University Press, 2010. P. 76-108.
41. *Fairness and Futurity: Essays on Environmental Sustainability and Social Justice* / A. Dobson (ed.). Oxford University Press, 1999. 328 p.

42. Findley P. A., Pottick K. J., Giordano S. Educating Graduate Social Work Students in Disaster Response: A Real-Time Case Study // *Clinical Social Work Journal*. 2017. Vol. 45:2. P. 159-167.
43. Germain C. B., Gitterman A. *The Life Model of Social Work Practice*. New York: Columbia University Press, 1980. 376 p.
44. Germain C. B. *The Physical Environment and Social Work Practice* // *Promoting Competence in Clients: A New/Old Approach to Social Work Practice* / Ed by. A.N. Maluccio. New York: Free Press, 1981. P. 103-124.
45. Global Agenda for Social Work and Social Development IASSW Statement Theme 3: Promoting environmental and community sustainability / International Association of Schools of Social Work. URL: <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2015/10/IASSW-Theme-3-Statement-24-August-2016.pdf> (дата звернення 1.10.2017).
46. Global Definition of Social Work / International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work. 2014. URL: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work> (дата звернення 1.10.2017).
47. Global social work education - crossing borders, blurring boundaries / C. Noble, H. Strauss and B. Littlechild (eds.). Sydney: Sydney University Press, 2014. C. 40-68.
48. Goel K., Venkat P., Francis A. P. *Community Work: theories, experiences and challenges*. Bangalore: Niruta Publications, 2014. 262 p.
49. Goldblatt D. *Social theory and the environment*. Cambridge, UK: Polity 1996. 252 p.
50. Green A., Janmaat J. G. *Regimes of social cohesion : Societies and the crisis of globalization*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2011. 248 p.
51. Guide to Banking & Sustainability / UNEP Financial Initiative. URL: http://www.unepfi.org/fileadmin/documents/guide_banking_statements.pdf (дата звернення: 1.09.2017).
52. Harris C., & Boddy J. The Natural Environment in Social Work Education: A Content Analysis of Australian Social Work Courses // *Australian Social Work*. 2017. Vol. 70 (3). P. 337-349.
53. Heinsch M. Getting down to earth: Finding a place for nature in social work practice // *International Journal Of Social Welfare*. 2012. Vol. 21(3). P. 309-318.
54. Hoff M. D., Polack R. J. Social Dimensions of the Environmental Crisis: Challenges for Social Work // *Social Work*. 1993. Vol. 38(2). P. 204-211.
55. Joint World Conference on Social Work, Education and Social Development (SWSD) «Environmental and community sustainability: human solutions in evolving societies». URL: <https://www.swsd2018.org> (дата звернення 5.10.2017).
56. Kates R. W., Parris T. M. Long-term trends and a sustainability transition // *PNAS*. 2003. Vol. 100. P. 8062-8067.
57. Kemp S. P. Recentring Environment in Social Work Practice: Necessity, Opportunity, Challenge // *British Journal of Social Work*. 2011. Vol. 41. P. 1198-1210.
58. Kihal-Talantikite W., Padilla C. M, Lalloué B., Gelormini M., Zmirou-Navier D., Deguen S. Green space, social inequalities and neonatal mortality in France // *BMC Pregnancy And Childbirth*. 2013. Vol.13. P. 191.
59. Latta A. Environmental citizenship: A model linking ecology with social justice could lead to a more equitable future // *Alternatives: Canadian Environmental Ideas & Action*. 2007. Vol. 33(1). P. 18-19.
60. Lombard A. Global agenda for social work and social development: A path toward sustainable social work // *Social Dialogue*. 2016. Vol. 14. P. 6-15.
61. Lucas-Darby E. T. The New Color Is Green: Social Work Practice and Service-Learning // *Advances in Social Work*. 2011. Vol. 12(1). P. 113-125.
62. Micklin M. The Ecological Perspective in the Social Sciences: A Comparative Overview // *Sociological Human Ecology* / M. Micklin and H. Choldin (eds). Boulder: Westview Press, 1984. P. 51 -90.
63. Miller S.E., Hayward R. A., Shaw T. V. Environmental shifts for social work: A principles approach // *International Journal of Social Welfare*. 2012. Vol. 21(3). P. 270-277.
64. NASW Code of Ethics / National Association of Schools of Social Work. URL: <http://www.socialworksearch.com/html/nasw.shtm> (дата звернення 1.10.2017).

65. Nesmith A, Smyth N. Environmental Justice and Social Work Education: Social Workers' Professional Perspective // Social Work Education. 2016. Vol. 34:5. P. 484-501.
66. Nikku B. R. Living through and responding to disasters: Multiply roles for Social Work // Social Work Education. 2015. Vol. 34:6. P. 601-606.
67. Peeters J. Social Work and Sustainable Development: Towards Social-Ecological Practice Model // Journal of Social Intervention: Theory and Practice. 2012. Vol. 21(3). P. 5-26.
68. Peeters J. Sustainable development: a mission for social work? A normative approach// Journal of Social Intervention: Theory and Practice. 2012. № 21(2). P. 5-22.
69. Peeters, J. The place of social work in sustainable development: Towards ecosocial practice // International Journal of Social Welfare. 2012. Vol. 21(3). P. 287-298.
70. Pettinger L. Green collar work: Conceptualizing and exploring an emerging field of work // Sociology Compass. 2017. Vol. 11(1). Doi:10.1111/soc4.12443.
71. Piers S., Barry J. Dobson A. Contemporary Environmental Politics: From Margins to Mainstream. Routledge, 2006. 320 p.
72. Plumwood V. Environmental Culture: The Ecological Crisis of Reason. London: Routledge, 2002. 291 p.
73. Professor Lena Dominelli / Durham University. URL: <https://www.dur.ac.uk/sociology/staff/profile/?id=3635> (дата звернення 22.08.2017).
74. Rogge M. Environmental injustice: Social welfare and toxic waste // The global environmental crisis: Implications for social welfare and social work / M. Hoff and J. McNutt (eds.). Aldershot: Ashgate Publishers, 1994. P. 53-74
75. Schmitz C. L., Matyók T., Sloan L. M., James C. The relationship between social work and environmental sustainability: Implications for interdisciplinary practice // International Journal Of Social Welfare. 2012. Vol. 21(3). P. 278-286.
76. Semigina T., Boyko O. Social work education in post-socialist and post-modern era: case of Ukraine // Global social work education - crossing borders, blurring boundaries / C. Noble, H. Strauss and B. Littlechild (eds.). Sydney: Sydney University Press, 2014. P. 257 - 269.
77. Shaw T. V. Is social work a green profession? An examination of environmental beliefs // Journal of Social Work. 2013. Vol. 13(1). P. 3-29.
78. Shepard P., McKinley D. The Subversive Science; Essays Toward an Ecology of Man Boston. MA: Houghton Mifflin, 1969. 453 p.
79. Social work speaks : National Association of Social Workers policy statements, 2009- 2012 / National Association of Social Workers. Washington, D.C. : NASW Press, 2012. 409 p.
80. Soine L. Expanding the Environment in Social Work: The Case of Including Environmental Hazards Content // Journal of Social Work Education. 1987. Vol. 23(2). P. 40-46.
81. Staples L. Community Organizing for Social Justice: Grassroots Groups for Power // Social Work with Groups. 2012. Vol. 35(3). P. 287-296.
82. Teixeira S., Krings A. Sustainable Social Work: An Environmental Justice Framework for Social Work Education // Social Work Education. 2015. Vol. 34(5). P. 513-527.
83. The eco-social approach in social work / A.-L. Matthies, K. Narhi and Dave Ward (eds.) Jyvaskyla: SoPhi, 2001. 153 p.
84. The Global Agenda for Social Work and Social Development / International Federation of Social Workers. URL: www.globalsocialagenda.org (дата звернення 1.10.2017).
85. The Role of Social Work in Social Protection Systems: The Universal Right to Social Protection (Adopted at the IFSW General Meeting 2016, Seoul, Korea) / International Federation of Social Workers. URL: (дата звернення 22.08.2017).
86. Towards a Green Economy: Pathways to Sustainable Development and Poverty Eradication / United Nations Environment Programme. URL: <http://www.unep.org/greeneconomy/resources/green-economy-report> (дата звернення: 1.02.2017).
87. Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable Development/ United Nations. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (дата звернення 22.08.2017).
88. Unequal protection: Environmental justice and communities of color / R. D. a (ed.). San Francisco: Sierra Club Books, 1996. 400 p.

89. Ungar M. Community resilience for youth and families: Facilitative physical and social capital in contexts of adversity // Children and Youth Services Review. 2011. №33. P. 1742-1748.
90. Weick A. Reframing the Person-in-Environment Perspective // Social Work. 1981. Vol. 26(2). P. 140-145.
91. World Social Work Day // International Federation of Social Workers. URL: <http://ifsw.org/world-social-work-day-2018> (дата звернення 5.10.2017).
92. Yadama G. M. Environment, Social Work and Sustainable Development // Social Dialogue. 2013. Vol. 5. P. 10-21.
93. Yearley S. The Green Case: A Sociology of Environmental Issues, Arguments and Politics. London: HarperCollins, 1991. 208 p.
94. Zakour M. Social Work and Community Disaster Vulnerability and Resilience // Social Dialogue 2013. Vol. 6. P. 25.
95. Zakour M.J., Harrel E.B. Access to Disaster Services: Social Work Interventions for Vulnerable Populations // Journal of Social Services Research. 2004. Vol. 30(2). P. 27-54.
96. Zapf M.K. Geography and Canadian social work practice // Social work practice: A Canadian perspective / F.J. Turner (ed.). 2d ed. Toronto: Pearson Education, 2002. P. 69-83.
97. Dominelly, L., ed. (2018). The Routledge Handbook of Green Social Work. Abingdon: Routledge. 2018. 628 p.

Дослідження інтервенцій соціальної роботи

УДК 316.615.212(477)

EXPERIENCE OF IMPLEMENTING IN UKRAINE THE HARM REDUCTION INTERVENTION FOR ADOLESCENTS

ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ ЗНИЖЕННЯ ШКОДИ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ

Iryna Zharuk

Project Manager, International Charitable Foundation «Alliance for Public Health»

Ірина Жарук

Менеджер проекту, Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»

 <https://orcid.org/0000-0001-9343-8260>

 zharuk@aph.org.ua

Olena Purick

PhD in Medicine, Senior Programme Advisor, International Charitable Foundation «Alliance for Public Health»

Олена Пурік

Канд. мед. наук, старший радник з програмної діяльності, Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»

 <https://orcid.org/0000-0002-9629-6357>

Yana Sazonova

Senior Program Officer: Research & Field Analysis, International Charitable Foundation «Alliance for Public Health»

Яна Сазонова

Старший фахівець з досліджень та регіонального аналізу, Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»

 orcid.org/0000-0001-5192-5669

Abstract

In 2015, the International Charitable Foundation «Alliance for Public Health» with support from Elton John Aids Foundation had launched in five Ukrainian cities the innovative harm reduction interventions targeting adolescents who use drugs. This paper presents the experience of elaboration and implementation of the innovative for Ukraine intervention. It is based on the mix-methods approach and incorporates findings from a number of studies conducted in 2015-2017 by the International Charitable Foundation «Alliance for Public Health».

The project has provided tailored harm reduction services to 9,400 adolescents and their sexual partners. Out of 4,593 clients who accessed services in 2017, 25% were female and 75% male; 96% were aged 14 to 19. The reporting data indicate that on the average a client retains in the project for 5 months and paid on the average 6 visits to an organization.

The package of services included core (preventive) and complementary (recreational) services. The most popular complementary services were safe space for relaxed communication with peers, free access to Internet and refreshments. In each city, where intervention was implemented, service combination depended on NGO proactivity and partnerships, including the partnership with the State Social Services for Families, Children and Youth.

The project was based on the participatory approach. Services were planned based on the Participatory Site Assessment. The intervention design was based on combining conventional outreach with chain referral model - Peer Driven Intervention (PDI). Participatory approach was also utilized through effective engagement of 30 AUDs as assistant social workers and outreach via social media.

The evaluation study confirms positive effects of the interventions on its clients. 18% of evaluated participants who reported injecting drug use at baseline, has reported only non-injecting use at follow-up, and 27% reported complete cessation of drug use.

Анотація

У 2015 році Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я» за підтримки СНІД-Фонду Елтона Джона започаткував у п'яти містах України інноваційні програми зменшення шкоди для підлітків, які вживають наркотики. У статті представлено досвід розробки та впровадження інноваційної для України інтервенції. Вона базується на комбінованій методології і включає результати низки досліджень, проведених Міжнародним благодійним фондом «Альянс громадського здоров'я».

У рамках проекту було надано спеціальні послуги зі зменшення шкоди 9 400 підліткам та їхнім сексуальним партнерам. З 4593 клієнтів, які звернулися за послугами у 2017 році, 25% були жінками та 75% чоловіками; 96% - віком від 14 до 19 років. Дані звітності показують, що в середньому клієнт перебував у проекті протягом п'яти місяців і відвідував організацію шість разів.

Пакет послуг включав основні (профілактичні) та допоміжні (рекреаційні) послуги. Найпопулярнішими додатковими послугами виявились: безпечний простір для спокійного спілкування з однолітками, безкоштовний доступ до Інтернету та можливість перекусити. У кожному

Key words:

young people; adolescents; drugs; injecting drug use; harm reduction; HIV.

Ключові слова:

молодь; підлітки; наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків; зменшення шкоди; ВІЛ.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
15.01.2018

Рецензований: 1.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 1.03.2018

Прийнятий до друку:
10.03.2018

місті, де здійснювалося втручання, набір послуг залежав від активності організації та зв'язків із партнерськими організаціями, зокрема з соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді.

Проект базується на активному залученні підлітків з групи ризику. Послуги були заплановані на основі оцінки за участю членів громади. Дизайн інтервенції базується на поєднанні звичайної аутріч-роботи з моделлю «втручання силами рівних» (з англ. *Peer Driven Intervention, PDI*). Також у проекті використовувались інші форми залучення, як-от працевлаштування 30 підлітків як помічників соціальних працівників та пошук клієнтів через соціальні мережі.

Оціночне дослідження підтверджує позитивні наслідки втручань для клієнтів. 18% респондентів, які повідомили про вживання ін'єкційних наркотиків під час первинного опитування, повідомили про те, що в подальшому вони використовували неін'єкційне вживання, а 27% - про повне припинення вживання наркотиків.

Introduction

In Ukraine, the HIV epidemic is increasingly affecting vulnerable youth. The biobehavioral study conducted in 2014 had also pointed the prevalence of risky sexual and injection practices among adolescents at risk, and confirmed the high level of HIV infection – 2.7% (Varban et al., 2014). According to research data (Barska et al., 2016) HIV prevalence among children and young people who use drugs aged 10-18 is 3.6%, and hepatitis C prevalence is 8 times higher (30%) indicating high injecting prevalence.

At the same time, the access of adolescents who use drugs to HIV prevention and treatment services is more limited than that of the older age group. The researchers (Bojko et al., 2015; Semigina, 2017; Telchick et al., 2008) argue the existing barriers to services such as lack of information on available services, low motivation to seek services, fear of disclosing the status of a drug user or HIV status, high stigma and discrimination among service providers, especially health professionals.

In 2012-2015, a number of pilot projects for adolescent at risk have been carried out with the support of the UNICEF Office in Ukraine (Balakireva et al., 2015) and by ICF International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, now Alliance for Public Health (Zharuk et al., 2014). However, implemented models of preventive services provision were only partially aimed at drug users. Data on the strength of the relationship between implemented interventions and the changes in behavior have not been studied in detail and provided.

In 2015, the International Charitable Foundation «Alliance for Public Health» with support from Elton John Aids Foundation launched innovative harm reduction interventions targeting adolescents who use drugs (AUDs) in five Ukrainian cities - Kyiv (All-Ukrainian Charitable Organisation «Convictus Ukraine»), Kharkiv (Regional Charitable Foundation «Parus»), Odesa (Odesa Charity Fund «The Way Home»), Poltava (Charitable Organisation «Light of Hope»), Slovyansk (Slovyansk City Social Organisation «Nasha Dopomoga»).

The project aimed to engage 6,000 AUDs and their sexual partners thus proving feasibility of harm reduction for adolescents. The overall goal of the project was the following: by the end of 2017 adolescents, who use drugs, as well as their sexual partners, will have access to quality harm reduction and HIV prevention services adapted to their needs, at organisations providing prevention services in the field of harm reduction in Ukraine, including all partner organisations of the Alliance.

The project was implemented in high prevalence regions of Ukraine through community-based service providers and had the following objectives: 1) design and test innovative models of HIV prevention, treatment and care service delivery for children and young people who use drugs; 2) advocate for scale

up of tested, effective interventions at national level; 3) document, share and promote the learning and knowledge generated by the project both at national and international levels. This project is based on the harm reduction program and most at risk adolescents program that have been successfully implemented for last decade in Ukraine.

The paper presents the experience of elaboration and implementation of the innovative for Ukraine intervention for AUD. It starts from description of the general approach to construction of a harm reduction intervention for adolescents. The next section depicts mix-methods methodology of the study. The section with key findings familiarizes with the services provided within the intervention, participatory model of the intervention, preliminary outcomes and authors' reflections on lessons learnt.

Theoretical and methodical background of the intervention

The intervention was elaborated with regard to the comprehensive package of harm reduction services that has been endorsed by the World Health Organization, United Nations Office of Drugs and Crime and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (WHO, UNODC & UNAIDS, 2012) and are critical for reducing drug-related harms amongst people who inject drugs. The comprehensive package includes: 1) needle and syringe programmes; 2) opiate substitution therapy; 3) HIV testing and counselling; 4) antiretroviral therapy; 5) prevention of sexually transmitted infections; 6) condom programmes for people who inject drugs and their sexual partners; 7) targeted information, education and communication for people who inject drugs and their sexual partners; 8) vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis; and 9) prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis.

However, these guidelines do not consider the unique needs of adolescent and young people or expand on how they could be adapted to ensure this age group is reached with services. Although evidence suggests that people who inject drugs begin their injecting practices at a young age, often in adolescence (Barrett, Hunt & Stoicescu, 2014). So, the new intervention for adolescents was based on the risk-protective factor model (Dickson, Derevensky & Gupta, 2004). It takes into account the peculiarities of drug consumption in young age and the holistic understanding of addiction, its biological and psycho-social factors.

Studies (Boys et al., 1999; Brown & Horowitz, 1993; Gullone, & Moore, 2000) show that adolescents are unlikely to reach out for support. As D. Barrett, N. Hunt and C. Stoicescu (2014) pointed out, adolescence is a period of experimentation and for many this includes experimentation with drug use. During the initial period of drug use, young people may not necessarily identify themselves as 'drug users at risk and often stressed pleasure as a key motivator for using drugs.

Thus more creative methods are needed to establish initial contact and engage a young person into services. Programmes that better address the connection between sexual health and drugs are needed, particularly for adolescents (Krug, Hildebrand & Sun, 2015). Studies (Stockings et al., 2016) also suggest that interventions incorporating skills training are more likely to be effective than mere information provision which is ineffective). At the same time other study (McCambridge & Strang, 2004) provides the substantial evidence of non-treatment benefit to be derived among young people involved in illegal drug use in receipt of motivational interviewing. The same research stresses the usefulness of the targeting of multiple drug use in a generic fashion among young people.

So, the relevant treatment of adolescence experiment (problematization vs normalization approaches) should serve as a basis for intervention. The intervention for the project was designed with respect to the normalization approach (Parker, Aldridge & Measham, 1998; Csiernik & Rowe, 2017). It also employs key ideas of the participatory approach (Ager, Stark & Potts, 2010; Huffman, 2017) and a peer-driven intervention (Broadhead, R. et al., 2002).

Methods

The paper is based on the mix-methods approach and incorporates findings from a number of studies conducted by the International Charitable Foundation «Alliance for Public Health».

The core project theme that concerned on sexual risks and drug use requires confidentiality and protection of the privacy of clients (Langhinrichsen-Rohling et al. 2006; Valentine, Butler & Skelton, 2001).

Given the dearth of data related to adolescents and youth using drugs, community consultations were used to generate in-depth information for the project. In 2015, the formative research in a form of a Participatory Site Assessment (PSA) had been conducted in 7 cities of Ukraine through NGO implementing partners.

Around 600 representatives of target groups were questioned during PSA face-to-face interviews and invited for in-depth interviews. 16 focus groups discussions with 137 representatives of the target group of the project were arranged.

Questions for PSA included: 1) identification of the target group locations (hot spots) /brain storming at NGO with target group involvement; 2) size of target population in each hot spot/ observation/info from gate keepers and target group; 3) number of hot spots/ brain storming at NGO with target group involvement; 4) the estimated number of target group and its characteristics, seasonal migration; 5) adolescents' day schedule. A standardized consultation toolkit (a semi-structured discussion guide, a facilitator's guide, ethics protocol, informed consent and demographic information form) was developed.

During the implementation phase of the project the monitoring system was introduced, including regular reporting and mentoring visits. Authors had used for this paper the collected programmatic data, the description of the clients' cases, as well as own reflections on lessons learnt.

The evaluation of the intervention outcomes was conducted in 2017. The study employed quasi-experimental design with baseline interviews at service uptake and follow-up interviews at least 6 months after service initiation. Evaluation component was designed to assess changes in AUDs behaviour with regards to injection safety and sexual health as well as factors affecting transitions to injecting and increasing the risk of HIV transmission. 74% of all clients were interviewed for the evaluation baseline and 59% of all eligible clients were interviewed during 6 month follow-up (N =1,188 clients). The median age of the clients that participated in evaluation study was 16 years.

The data were collected through Syrex Cloud application, an innovative service monitoring application specially developed for Project data collection. The ethics protocol had been approved by the Ukrainian Institute on Public Health Policy.

Research findings

Target group profile and expectations

Community consultations helped to understand the peculiarities of the target group of Ukrainian adolescents using drugs.

The findings of PSA suggest that the initiation of drug consumption occurs in the company or with a «friend», schoolmates in the school, neighbors in the hostel (actual for participants who are first-year students of vocational schools and colleges). At the time of PSA respondents knew nothing about the availability of NGOs, free services and the possibilities of organizations in the cities of the study, the absolute majority of participants in focus groups.

Many adolescents did not remember that they shared personal problems with their parents. A teenager could share with a peer and then, only with the one whom he trusted. During the focus-groups the following

phrases were expressed: «*Sometimes you can share with the teacher, but not with the parents*», «*They do not care about our problems*.»

The formative research allowed to define the following prospective groups of clients (ADU):

1) marginalised adolescents, who have lost their connection with social institutions, face challenging circumstances and lack essential means of existence (many of these people do not have stable accommodation, are in conflict with the law; they cannot be reached through conventional education and awareness raising channels; their needs vary and include the very basic needs in food and accommodation);

2) students of vocational schools who relocated for studying from smaller towns and rural areas (they communicate with parents remotely, and receive some health related information from teachers; their basic needs are satisfied but very limited or no pocket money available; they reside in dormitories and have limited access to modern information technology; most have mobile phones and access to Internet and internet-based social networks, but not always able to top up their accounts);

3) socialised adolescents who maintain relationships with main social institutions including educational institutions and the family (they receive a large portion of information from teachers and parents; their basic needs are largely satisfied; they have good access to modern information technology and are relatively advanced users of Internet and internet-based social networks).

During the formative research adolescents provided the information about the necessary set of services and acceptable models for their provision.

Everyone without exception noted that they would come to an organization that provides free meals/snacks, a meeting room, a type of focus groups, laundry services, hygiene procedures (shower), hairdresser services. The opportunity to eat, especially hot food, was a rather attractive factor. All without exception noted that they would come to an organization that provides free leisure services. Among them, first of all, free access to the Internet, sports, music. Adolescents expressed interests to acquire professional skills (computer literacy / programming, auto dealership, creation of «hand-made» items, make-up, hairdressing, sewing). Many were interested in consultations of psychologists, doctors and lawyers.

Based on the PSA results the tailored intervention was designed with the focus on injecting and non-injecting young people.

Service combination approach

The offered combination of services included a number of harm reduction services complemented by additional recreational services designed to attract and retain clients.

The core (preventive) services comprised client case definition, HIV counselling and testing, distribution of condoms and sterile injecting instruments, counselling on sexual and injecting risks including risk of transition to injecting, and referrals to youth friendly care and treatment services. Psychosocial support was provided by qualified social workers, psychologists or trained outreach workers.

Communication with adolescents on the framework of the project covered the following topics:

- HIV transmission/acquisition, prevention, testing and treatment. Includes gender specific vulnerabilities and vulnerability factors associated with age and other essential socio-demographic characteristics;
- Drug related harms (associated with purchasing/production, transportation, distribution, consumption) and ways to minimise them. Includes promoting transition to noninjecting modes of drug administration.
- Drug dependency management, existing drug treatment and rehabilitation methods with a special focus on Opioid Substitution Treatment;
- Legal literacy (drug use and other common issues);

- Relationship management and prevention of violence (includes understanding and managing power dynamics in relationships, negotiating safer sex, building mutual understanding with parents etc.);
- General safety, contextual advice on physical health, living conditions, relationships, feelings and behaviour, friends, confidence and self-esteem, common risk situations and management;
- Sexual and reproductive health, STI transmission, prevention, testing and treatment;
- Tuberculosis: risks, prevention, symptoms and actions;
- Hepatitis: risks, prevention, diagnostics and treatment;
- Livelihood advices;
- Available services and providers.

Complementary (recreational) services were designed with participation of clients: generate interest and ensure retention; humanitarian aid: food, clothes, hygiene, basic refreshments; basic leisure time activities (hobbies and sports): tennis, football, gym, library, Internet, TV and games, board games, etc.; essential counselling including psychosocial and legal; essential medical services (basic and specialized).

Complementary services were crucial in attracting and retaining clients. The most popular complementary services included safe space for relaxed communication with peers, free access to Internet and refreshments.

At the beginning of the project team consisted of social workers, as well as representatives of the community of people who use drugs. Such specialists were successful in attracting clients to the project, but could not provide quality clients retention. Psychologists who conducted group work, as well as specialists with higher pedagogy and social education were involved in maintaining clients and providing quality counselling.

The services were provided in-house or by agreements with partners. Safe space (rooms) and Day care Centers were set up. They were created in a form of 'youth cafe'. The clients were able to use cafes' facilities (tea, coffee, snacks and refreshments) and spent time on hobbies (handmade, workshops). The variety of developmental classes were delivered for AUD, among them: English language classes, manicure classes, hair dress classes, sewing classes, photo shooting classes, sport activities, cinema club etc. In each city, where intervention was implemented, service combination within the intervention depended on NGO partners proactivity and partnerships, including the partnership with the State Social Services for Families, Children and Youth.

Client engagement and service delivery model

The project has extended tailored harm reduction services to 9,400 AUD and their sexual partners. Out of 4,593 clients who accessed services in 2017, 25% were female and 75% male; 96% were aged 14 to 19. 434 were injecting users and 3,442 - non-injecting users, 717 - sexual partners. It is worth to mention that the project found very low HIV prevalence in the project target group (10-18). 8 HIV cases were detected (5 men aged 18-19 and 3 women aged 19-20). This is in line with HIV surveillance and other available data.

Due to the fact that the clients of the project are children practicing risky behavior, informed consent would not be received from the parents for participation in the project and evaluation. The clients of the project belong to the category of children for whom obtaining parental informed consent is inappropriate due to the fact that they are often in conflict with their parents and according to the confidentiality of their status. The procedure for obtaining informed consent within the framework of the implemented project was as follows. Before clients begin to receive the services of the project, social workers recount the conditions of participation, potential benefits and possible risks. With each potential client, in addition to the oral information provided, a form of informed consent is used. This form specifies the ethical principles of participation in the project, as well as the principles of confidentiality. In case of questions, all clients

were given answers and explanations on all issues that they might have at the beginning of participation in the project or at any subsequent stage of the project.

The intervention design was based on combining conventional outreach with chain referral model - Peer Driven Intervention (PDI).

The outreach work was done in computer clubs, night clubs and in social networks popular among AUDs. For example, during the outgoing route activists informed the representatives of the target group on their work and services of the project in various computer clubs of the city.

Chain referral techniques were based on PDI model. The model involves the preparation of 6 clients from the target group, who return to their environment and invite each of the 3 friends (also AUDs) in the project. Next invite another 3 people and thus clients come to the project, motivated and already have an understanding of where they turn.

For the first time in Ukraine, a loyalty system for clients of non-government organisations has been developed and implemented. The project provides a system of bonuses and incentives, depending on the frequency of visits to the organization, clients activities in social networks, receiving preventive services, passing a surveys on behavioral practices, etc. AUDs earn bonuses that can be exchanged for services both for NGOs and project partners. This system involves both small gifts in the form of recharge cards for mobile phones, hygiene products, and the form of bonus for the recreational services. Also, bonuses can be credited for bringing other adolescents into the project from among their friends / acquaintances who practice drug use. The project experience proves that the peers chain referral approach was more effective than traditional outreach activities conducted by social workers.

Participatory approach was also utilized through engagement of 30 AUDs as assistant social workers. Together with the project partners, the project implementers have developed an algorithm for selection, training and attestation of risk takers employed in the project for the performance of the duties of social workers/outreach assistants. This strengthened outreach work and attracted new clients.

Since 2017, adolescents, clients of the project, were involved in a series of trainings on leadership skills, the development of communicative qualities, the ability to overcome conflicts. The program included three trainings and the preparation of own projects for implementation in their community.

Project effectiveness and outcomes

Since it is necessary to keep adolescents in the project and engage them in the services (to be effective in the short term), we had looked at the repeat utilization of services. The reporting data indicate that on the average a client retains in the project for 5 months and paid on the average 6 visits to an organisation (see Figure 1). The highest level of service utilization was in Slavyansk.

The short-term effectiveness of the intervention designed to hold adolescents at risks could be also measured by the cases of clients. The following three stories were included into project reports and may serve as evidences on the intervention impact:

- Vlad, male, 18 y.o. has foster parents, their relationship is complicated: he drinks alcohol, since 14 he uses drugs (marijuana, methamphetamine). Has problems with legs and eyesight, has a disability status. Behaves provocatively, attracts attention by any means and explains this by the fact that he wants to be «as everyone else and even better». Vlad lives alone in his grandmother's house where he often hosts companies. After another fight he came to the Centre with complaints about his physical injuries, eye bleeding and severe headaches. He needed help to be taken to the hospital. Vlad was accompanied by the case manager, received qualified medical and psychological support. His condition has improved. Vlad began to take an active part in youth leadership group and commented on this fact: «I want to fulfil myself as a leader and in order to achieve this I am ready to learn and stop taking drugs. Thanks to project workers, they helped me to understand myself».

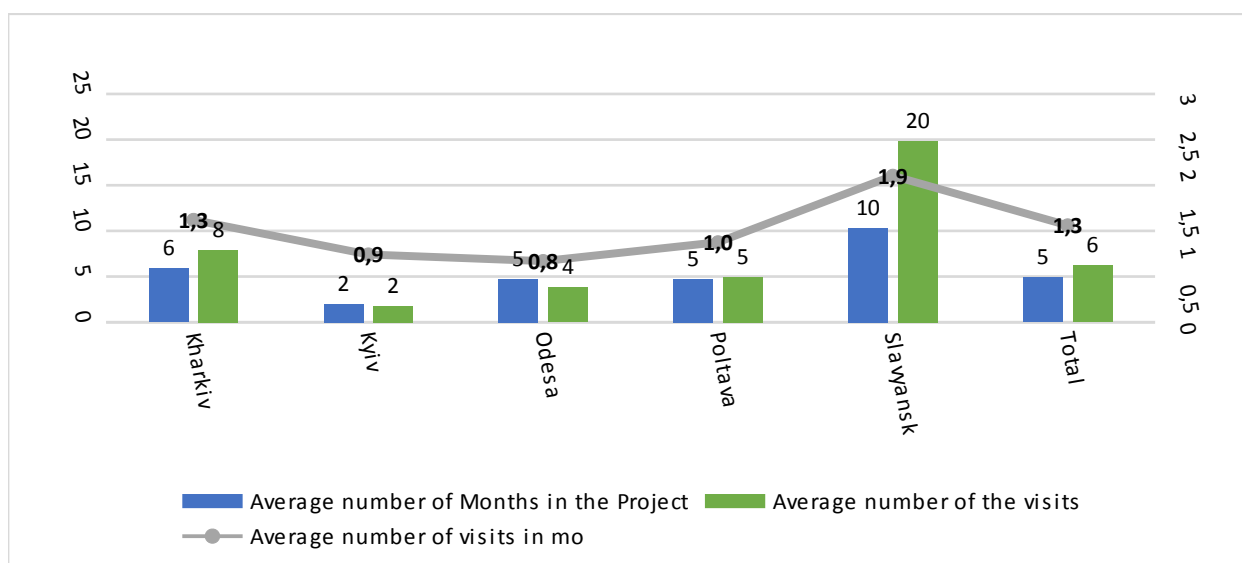


Figure 1. Information on retaining clients in the intervention.

- Valery, 17 y.o. The boy lives with his grandmother. He is a drug user. He has parents but they do not pay attention to his life. Valery learned about youth projects from friends, visited harm reduction trainings, actively participated in group work and in the activities to attract new adolescents at risk in the project. His activism and willingness to help came in handy when selection for a position of social worker assistant was initiated. It has been two months now since Valera is working in NGO and he looks forward to working in this project on a full-time basis.

- Zhanna, girl, 18 y.o. Since the age of 16 she was on her own, her parents died. Was in a conflict with her aunt-guardian. Did not had a permanent place of residence and permanent income. Used various drugs without an injection. Provided sexual services for a reward. Zhanna asked for help in order to improve relations with relatives, find legal income, reduce the consumption or stop taking drugs overall. Zhanna's desire to change her life, her trusting relationship with a female social worker who was of the age of her deceased mother, the support of specialists and the teenage community of the Center led to the restoration of relationships with relatives, better communication with peers, the emergence of a constant partner and new friends. Thanks to the work of the Project's team, Zhanna did not switch to the injecting drug use. Zhanna acquired the skills of finding a legal income, got a job. Reduced the drug consumption and then stopped consuming at all.

The evaluation study confirms positive effects of the interventions on its clients. Follow-up group reported significantly higher prevalence of condom use (88% vs. 71%, $p < 0.001$) and low prevalence of casual sexual relationships (0% vs. 26%). 18% of evaluated participants who reported injecting drug use at baseline, has reported only non-injecting use at follow-up, and 27% reported complete cessation of drug use.

Discussion and conclusions

Consistent with other research (Busza et al, 2013) the experience of the elaboration and implementation in Ukraine of the harm reduction intervention for the adolescents using drugs and adolescents at risk demonstrates that the preventive work in this target group can bring positive results with continuous preventive activities of a non-governmental organization in partnership with the state.

The project demonstrated feasibility of tailored harm reduction services for adolescents and overcame the longstanding scepticism of both service providers and AUDs. All project activities were based on

participatory approach: adolescents' opinion was taken in mind when planning project service composition; clients were involved as volunteers during the outreach routes and as peers when inviting clients to the project. The participatory approach and referral chain model seems to be more effective than other approaches to engage and retain clients, including adolescents and young people. Thus our research confirms other studies (Fullio & Silverman, 2012; Poida and Semigina, 2011) on the use of incentives to reinforce drug users to utilize community services. Cross-study comparisons indicate a positive relationship between the value of the incentive and the impact of the intervention.

Formative research and meaningful community engagement that explored experiences of the “target population” helped to develop attractive for the AUD intervention. The experience of implementing the innovative intervention corroborate the value of a community consultation that ‘is designed to recognize and accommodate the relevant particularities of a given community for a specific project’ (Dickert & Sugarman, 2005).

This intervention illustrates the developmental appropriateness of the harm reduction approach for Ukrainian adolescents using drugs. Based on the experience of the implemented intervention the following essential principles of harm reduction service delivery to this target group could be defined: participation of adolescents in service design, as well as hiring peer outreach workers, inclusion of a greater variety of complementary services, peculiar approach to communication with AUDs etc.

The intervention can be recommended in countries with high prevalence of drug use, neglected adolescents and underage transactional sex. In Ukraine, in order to increase HIV detection it is recommended to look at the 19-24 age of drug users and include gender sensitive components with the focus on young women and couples.

References

- Ager, A., Stark L. & Potts, A. (2010). *Participative Ranking Methodology: A Brief Guide*. New York: Columbia University. URL: <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/prmmanual-v1-1.pdf>
- Balakireva, O. M., Bondar, T.V., Nagirnyak, K. M., Sakovych, O.T., Sereda, Y. V., Sudakova A.V. (2015). *Profilaktyka VIL-infektsiyi sered pidlitkiv hrup ryzyku: modeli nadannya medyko-sotsial'nykh poslug* [Prevention of HIV infection among adolescents at risk: models for provision of medical and social services]. Retrieved from: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.html.
- Barrett, D., Hunt, N., Stoicescu, C. (2013). *Harm Reduction International. Injecting drug use among under 18s: a snapshot of available data*. Retrieved from: https://www.hri.global/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf
- Barska, Y., Ermolenko, N., Novak, Y., Sazonova, Y., Strembitska, L., Tonkonog, L. (2016). *Monitorynh povedinky ta poshyrenosti VIL sered lyudey, yaki vzhyyayut' in'yektsiyni narkotyky. Rehional'ni profili za rezul'tatamy biopovedinko- voho doslidzhennya 2015 roku* [Monitoring the behavior and prevalence of HIV among injecting drug users. Regional profiles based on the results of bio-behavioral research 2015.]. Retrieved from: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/regprof2017.pdf>.
- Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Makarenko, I., Marcus, R., Dvoriak, S., Islam, Z., Altice, F. L. (2015). «Bureaucracy & beliefs»: Assessing the barriers to accessing opioid substitution therapy by people who inject drugs in Ukraine. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 22, 255-262.
- Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., Fountain, J., Stillwell, G. & Strang, J. (1999). Substance use among young people: The relationship between perceived functions and intentions. *Addiction*, 94(7), 1043-1050.
- Broadhead, R. et al. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*, 55 (2), 235-246.
- Brown, J. H., & Horowitz, J. E. (1993). Deviance and deviants: Why adolescent substance use prevention programs do not work. *Evaluation Review*, 17, 529-555.

- Busza, J., Douthwaite, M., Bani, R., Scutelnicu, O., Preda, M., Simic, D. (2013) Injecting behavior and service use among young injectors in Albania, Moldova, Romania and Serbia. *Int J Drug Policy*, 24, 423-431.
- Csiernik, R. & Rowe, S., eds. (2017). *Responding to the oppression of addiction: Canadian social work perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Dickert, N., Sugarman, J. (2005). Ethical goals of community consultation in research. *Am J Public Health*, 95(7), 1123-1127.
- Dickson, L. M., Derevensky, J.L. & Gupta, R. (2004). Harm Reduction for the Prevention of Youth Gambling Problems: Lessons Learned from Adolescent High-Risk Behavior Prevention Programs. *Journal of Adolescent Research*, 19(2), 233-263.
- Fullio, A. & Silverman, K. (2012). The use of incentives to reinforce medication adherence. *Preventive Medicine*, 55(1), S86-S94.
- Gullone, E., & Moore, S. M. (2000). Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of Adolescence*, 23(4), 393-407.
- Huffman, T. (2017). Participatory/Action Research/CBPR. The International Encyclopedia of Communication Research Methods. 2017. *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. doi: 10.1002/9781118901731.iecrm0180.
- Krug, A., Hildebrand, M. & Sun, N. (2015). «We don't need services. We have no problems»: exploring the experiences of young people who inject drugs in accessing harm reduction services. *Journal of the International AIDS Society*, 18, 19442. doi:10.7448/IAS.18.2.19442.
- Langhinrichsen-Rohling, J. Arata, C., O'Brien, N., Bowers, D., & Klibert, J. (2006). Sensitive research with adolescents: Just how upsetting are self-report surveys anyway? *Violence and Victims*, 21, 425-444.
- McCambridge, J., Strang, J. (2004), The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.
- Parker, H., Aldridge, J. & Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*. London: Routledge, 1998. 177 p.
- Poida, A. A., Semigina, T.V. (2011). Prohramy vtruchannya sylamy rivnykh: zarubizhnyy ta ukrayins'kyy dosvid [Peer-driven interventions: foreign and Ukrainian experience]. *Naukovi zapysky NaUKMA: Pedahohichni, psykholohichni nauky ta sotsial'na robota*, 123, 69-73.
- Semigina, T. (2017). Is Zero Discrimination possible? Voices from Ukraine. In Henrickson, M., Chipanta, D., Lynch, V., Muñoz Sanchez, H., Nadkarni, V., Semigina, T., & Sewpaul, V. (Eds.). *Getting to zero: Global social work responds to HIV*. Geneva: UNAIDS and IASSW, pp. 255-280.
- Stockings, E., Hall, W.D., Lynskey, K. et al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Teltschik, A., Balakireva, O., Sereda, Y., Bondar, T., Sakovych, O. (2008). *Pidlitky hrup ryzyku: dokazova baza dlya posylennya vidpovidi na epidemiyu VIL v Ukrayini: analit. zvit* [Most-at-risk adolescents: the evidence base for strengthening the HIV response in Ukraine: analytical report]. Retrieved from: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf
- Valentine, G., Butler, R., & Skelton, T. (2001). The ethical and methodological complexities of doing research with 'vulnerable' young people. *Ethics, Place & Environment: A Journal of Philosophy & Geography*, 4(2), 119-125.
- Varban, M., Zharyk, I., Purick, O. et al. (2014). *Doslidzhennya sered pidlitkiv hrup ryzyku. Korotke vykladannya rezul'tativ (za pidsumkamy 2014 roku)* [Research among adolescents at risk groups. Brief outline of results (as of 2014)]. Retrieved from: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2015/Research_MARA%20UKR.pdf
- WHO, UNODC, UNAIDS (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision*. Geneva: WHO.
- Zharuk, I., Shulga, L., Varban M., Purick, O. (2014). *Zhizn' detey i podrostkov, praktikuyushchikh riskovannoye povedeniye* [Life of children and adolescents practicing risky behavior]. Retrieved from: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/Zhizn-detei-i-podrostkov.pdf>.

Вивчення соціальних практик

УДК 316.378.616

ЖІНКИ ТА ВІЛ: ГЕНДЕРНІ ЛІНЗИ ЗДОРОВ'Я

WOMEN AND HIV: GENDER LENSES OF HEALTH

Алла Ярошенко

аспірантка Академії праці, соціальних відносин і туризму

Alla Yaroshenko

PhD student, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0002-0112-3112

 yaroshenko.aa@socosvita.kiev.ua

Анотація

Стаття має на меті виявлення гендерних чинників уразливості жінок і дівчат до ВІЛ на індивідуальному, соціальному й структурному рівнях. На основі аналізу літератури з'ясовано, що гендерно обумовлені причини уразливості жінок пов'язані з нерівним розподілом влади та відмінними порівняно з чоловіками соціальними нормами й очікуваннями щодо моделей їхньої сексуальної поведінки. Описано стратегії, які розкривають ступінь і характер включення гендерних питань до програм та політик у відповідь на епідемію ВІЛ. Здійснено репрезентацію гендерних континуумів, що дає змогу отримати інструменти для оцінювання гендерної компоненти в профілактичних та лікувальних заходах. Моделі використання гендерно-усвідомлених підходів проілюстровані прикладами відповідних програм. Доведено, що гендерна інтеграція закладає міцні підвалини ефективного соціального втручання для забезпечення гендерної рівності й зменшення рівня уразливості жінок і дівчат до ВІЛ.

Abstract

In Ukraine, as of January 2018, 316,969 cases of HIV infection were officially registered, with women accounting for 42.5% of the total number of infected people in 2016. The need to study the gender relations in the HIV

Ключові слова:

уразливість, підходи до профілактики, гендерний континуум, емпowerмент, гендерно-усвідомлені програми.

Key words:

vulnerability, prevention approaches, gender continuum, empowerment, gender aware programming.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
18.01.2018

Рецензований: 1.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 18.03.2018

Прийнятий до друку:
14.03.2018

epidemic through the prism of inequality, interdependence and domination of stereotypical perceptions regarding the risks of own infection is evident.

The paper is aimed at the identification of gender factors of vulnerability of women and girls to HIV at individual, social and structural levels, as well as analysis of models for integrating gender components into programs in response to the HIV epidemic. The paper is based on desk-review study. Within the scope of the study literature, programs and media materials were selected and analyzed. The main attention is paid to studying the experience of developed countries. The thematic analysis covered the following areas: factors of vulnerability of women and girls to HIV; inclusion of gender issues in HIV/AIDS programs, approaches and gender perspectives from the point of view of empowerment of women.

On the basis of literature review, it was found that gender-related causes of women's vulnerability are associated with an unequal distribution of power and different, in comparison with men, social norms and expectations regarding patterns of sexual behavior. The study has proven that gender integration provides a solid foundation for effective social interventions to ensure gender equality and reduce the vulnerability of women and girls to HIV.

Strategies that reveal the extent and nature of gender issues in programs and policies regarding HIV response have been described. A few gender continuums (Gupta, 2000; UNAIDS, 2014; IGWG, 2017) which provide tools for assessing the gender inclusion into preventive, curative and palliative care of HIV have been reviewed. Models of using gender aware approaches are illustrated with the examples of relevant programmes.

At the current moment in Ukraine it is expedient to implement a transitional model that includes elements of both gender-neutral approaches and empowerment, stimulating the abandonment of discriminatory gender roles.

Вступ

Епідемія вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) стала викликом для толерантності й загострила проблеми, пов'язані з гендерною нерівністю і новим визначенням соціальних норм і ролей жінок у суспільстві. Глобальна статистика свідчить, що жінки становлять половину всіх дорослих людей, що живуть з ВІЛ. У 2016 р. нових випадків інфікування з-поміж молодих жінок віком від 15 до 24 років було виявлено на 44% більше, ніж серед молодих чоловіків цієї ж вікової групи [1]. В Україні станом на січень 2018 р. офіційно зареєстровано 316 969 випадків ВІЛ-інфекції [2], причому жінки становили 42,5% від загальної кількості інфікованих у 2016 р. людей [3].

Що стосується шляхів інфікування, то гетеросексуальний статевий контакт із часткою в 60,8% є сьогодні провідним [2]. Дослідження сексуальної поведінки серед жінок ключових груп засвідчує, що більше половини задіяних у секс-бізнесі погоджувалися на незахищений контакт без використання презерватива через наполягання клієнтів (45%) або заради отримання від них додаткової плати (23,7%) [4]. Водночас моніторинг поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів виявив, що лише близько половини з них (48%) використовували презерватив під

час останнього статевого контакту, причому найпоширенішою причиною відмови від його використання (50,5%) була впевненість у тому, що партнер(ка) здоровий(а) [5].

Опитування 2016 р., спрямоване на виявлення ступеня обізнаності населення з епідемією ВІЛ в Україні, продемонструвало, що до переважних причин поширення ВІЛ-інфекції українці зараховують комерційний секс (93%), торгівлю наркотиками (93%) і гомосексуальні зв'язки (86%). Більше половини наших співгромадян нетолерантні до представників ключових груп і звинувачує їх у недбалості та аморальній поведінці.

Такі уявлення відповідають етапу початку епідемії ВІЛ, коли переважним джерелом інфікування були маргіналізовані групи. Однак дихотомічна позиція «я - вони» загрожує недооцінюванням ризиків інфікування, які вбачають для себе реальним лише 26% респондентів. Частка осіб віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свої результати, теж виявилася невеликою - 15% жінок і 13% чоловіків [6]. Між тим діагностування ВІЛ вважають першим кроком до ефективного лікування і контролю ВІЛ-інфекції та синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), і переважно люди без визначеного ВІЛ-статусу підтримують активність епідемічного процесу. За попередніми розрахунками, наразі близько 100 тисяч українців не знають про свій ВІЛ-позитивний статус, що становить майже половину від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ у нашій країні [7].

Наведені дані переконують у необхідності вивчення місця гендерних відносин в епідемії ВІЛ крізь призму нерівності, взаємозалежності та панування стереотипних уявлень стосовно ризиків власного інфікування. Очевидною видається потреба включити гендерні питання, а саме моделі впровадження справедливих соціальних норм і структур, до відповідних програм та політик.

В Україні питання запровадження гендерних підходів, зокрема їх застосування у ВІЛ-сервісі, вивчали Л. Гейдар [8], Т. Говорун, О. Кікінежді [9], Е. Ламах [10], Т. Марценюк [11], Т. Семигіна [12-14], М. Скорик [15] та ін. Однак поза увагою дослідників залишилася інтеграція гендерних пріоритетів у заходи на користь жінок із застосуванням уже виробленого інструментарію. Важливість формування стратегій із гендерною домінантою у відповідь на епідемію ВІЛ важко переоцінити. Адже зростання кількості випадків інфікування серед жінок у стабільних стосунках демонструє, що програми й політики, розроблені без розуміння складного взаємозв'язку між гендером і ВІЛ, приречені на невдачу [16].

Методологія дослідження

Метою розвідки є виявлення чинників уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, пов'язаних із гендерною нерівноправністю, а також аналіз моделей включення гендерних складових до програм у відповідь на епідемію ВІЛ. У межах кабінетного дослідження було здійснено огляд літератури, програм і матеріалів, розміщених у засобах масової інформації (ЗМІ). Головну увагу приділено вивченню досвіду розвинених країн.

На першому етапі збирання даних здійснено пошук джерел за ключовими словами з використанням різних ресурсів, серед яких: цільові сайти PubMed, ResearchGate, Google Scholar, Academia.edu; встановлюваний пошук Google; бази даних «сірої» літератури¹; нормативно-правові акти; результати соціологічних і моніторингових досліджень.

На другому етапі знайдені джерела проаналізовано щодо відповідності таким критеріям: 1) актуальні, 2) містять результати експерименту, 3) мають доступну повнотекстову версію, 4) спираються на первинні джерела (або самі є такими), 5) опубліковані англійською мовою. Перевага надавалась дослідженням, здійсненим в 2010-2017 рр., що обумовлено кількома причинами.

По-перше, в 2010 р. затверджено операційний план Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) щодо заходів для жінок, дівчат, гендерної рівності та ВІЛ, механізм дії

¹ Під «сірою» літературою розуміють джерела інформації, які не були надруковані в паперовому вигляді, препринти, дисертаційні дослідження, робочі документи й технічну документацію науково-дослідних груп, урядових агенцій тощо [17].

якого порушив питання гендерного бюджетування, адвокації, зміцнення потенціалу та мобілізації ресурсів задля забезпечення відповідних заходів у контексті ВІЛ-інфекції [18]. У тому ж році засновано «ООН-Жінки» - структуру Організації Об'єднаних Націй із питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок, що стало важливим кроком у формулюванні та реалізації політик, глобальних стандартів і норм стосовно гендерної рівності [19].

По-друге, в 2011 р. розпочалося втілення в життя стратегії ЮНЕЙДС «У напрямку мети «Нуль», один із трьох основних напрямів якої здійснювався під гаслом «Нуль дискримінації». У стратегії виразно наголошено на забезпеченні гендерної рівності, протидії гендерному насильству, задоволенні потреб і прав жінок та дівчат як сталої відповіді на епідемію ВІЛ [20].

Вищезазначені фактори скерували подальший розвиток програм у напрямку створення умов для інновацій із урахуванням гендерних чинників, що знайшло відображення у численних публікаціях.

На третьому етапі на основі принципів тематичного і структурного контент-аналізу відібрано та опрацьовано 190 джерел, зокрема наукові статті, дисертації (магістерські й на здобуття наукового ступеня доктора філософії), посібники, програмні документи, соціологічні дослідження, виступи на конференціях, статті у ЗМІ. Якісний аналіз контенту ґрунтувався на наступних темах: чинники уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, включення гендерних питань до програм протидії епідемії ВІЛ, підходи та гендерні континууми з погляду емпowerменту жінок (надання їм повноважень, їх активізації та наснаження).

Результати аналізу викладено в напрямку від загального огляду до прикладів застосування гендерного інструментарію. Крім того, частину інформації систематизовано й наочно представлено у формі таблиць і рисунків.

Під час написання тексту статті до уваги взято рекомендації ЮНЕЙДС щодо вживання термінології, оскільки зважене використання мовних зворотів дає змогу посилювати глобальні заходи з протидії епідемії ВІЛ [21]. Дослідження здійснено з оперттям на визначення гендеру, запропонованого «ООН-Жінки»: «Соціальні характеристики та можливості, пов'язані з належністю до чоловічої або жіночої статі, з відносинами між жінками та чоловіками, дівчатками та хлопчиками, а також із відносинами між жінками й між чоловіками» [22].

Виклад основних результатів

Уразливість жінок і дівчат: розриваючи цикл нерівності

Для структурного опису епідеміологічних чинників N. Krieger і S. Zierler (1997) пропонують використовувати чотири теоретичних підходи: феміністський, соціальний / політико-економічний, екосоціальний і ґрунтований на правах людини [23]. Чинники, що впливають на епідеміологію ВІЛ, D. D. Celentano, K. E. Poundstone, S. A. Strathdee (2004) згрупували на трьох рівнях: структурному, соціальному та індивідуальному [24]. До структурних чинників віднесені: політичне середовище та законодавство, демографічні зміни, насильство, дискримінація, війна та мілітаризація. Соціальні чинники включають райони проживання, матеріальні обставини, культуральні контексти й мережі соціальних контактів (табл. 1).

Табл. 1. Чинники соціального та структурного рівнів, що впливають на епідеміологію ВІЛ

Категорії	Рівень	Приклади уразливості
Структурні чинники		
Структурне насильство та дискримінація	Включають дискримінацію та стигматизацію за ознакою гендеру, раси, етнічної приналежності, сексуальної орієнтації, ВІЛ-статусу, соціоекономічного статусу.	ВІЛ-позитивні жінки частіше, ніж ВІЛ-позитивні чоловіки, мають низький рівень освіти, є безробітними та не мають страховки.
Закон і правоохоронні органи	Впливають на ключові соціальні детермінанти ВІЛ включно із забезпеченістю житлом, бідністю, нерівністю доходів, расизмом і соціальною організацією суспільства.	Жінки з ВІЛ наражаються на звинувачення в недогляді, якщо їхні діти інфікуються ВІЛ під час вагітності, пологів або грудного вигодовування.
Демографічні зміни	Включають глобалізацію, урбанізацію, трудову / внутрішню / маятникову міграцію, біженців, переселення, вікову та гендерну структури субпопуляцій, співвідношення чоловіків і жінок.	Глобалізація призвела до збільшення кількості жінок і дівчат, які стали жертвами секс-трафікінгу, що пов'язано із сексуальним насильством, ризикованими сексуальними практиками.
Політичне середовище	Відіграє центральну роль у виникненні та контролі епідемії ВІЛ, впливаючи через макроекономічну та соціальну політику, політику в галузі охорони здоров'я, політику в сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків.	Деякі держави, що стикнулися з фінансовою кризою, спробували урізати фінансування програм лікування людей, що живуть з ВІЛ.
Війна та мілітаризація	Порушують звичні соціальні зв'язки, послаблюють або руйнують медичну інфраструктуру, підвищують бідність, соціальну нестабільність та сприяють зростанню кількості випадків сексуального насильства й надання комерційних секс-послуг у зоні конфлікту.	В умовах відсутності відкритого конфлікту розташування військ поблизу міст загрожує зростанням ризиків інфікування ВІЛ для міського населення.
Соціальні чинники		
«Ефект сусідства»	Включає перетин соціальних мереж і фізичного просторового розташування («соціогеографічних мереж»), соціоекономічні чинники, що збільшують імовірність контакту з носієм ВІЛ.	Житлова сегрегація та соціальна ізоляція маргіналізованих груп в умовах бідності збільшують імовірність передачі ВІЛ у межах цієї групи.
Соціальні мережі	Впливають включно із мережами сексуальних контактів та споживання наркотиків на передачу ВІЛ та профілактику за допомогою поведінкових норм, інформації та соціальної підтримки.	Чоловіки частіше мають паралельні статеві партнерства, тому для жінок із одним партнером ризик інфікування ВІЛ залишається актуальним.
Культуральний контекст	Формує сексуальну поведінку, усвідомлення ризиків, ставлення до здоров'я та хвороби, впливає на характер гендерних відносин, визначає можливості й умови для дій у соціальній групі.	Соціальні норми диктують різні моделі сексуальної поведінки жінок і чоловіків, що впливає на ризики інфікування ВІЛ.

Джерела: Складено авторкою на основі K. E. Poundstone, S. A. Strathdee, D. D. Celentano «The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome» [24]; «HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach» [25].

Під індивідуальними чинниками згадані вище автори [24; 25] розуміють біологічні, демографічні та поведінкові ризики, що впливають на інфікування ВІЛ і прогресування захворювання. Такі чинники, на переконання дослідників, мають прихований характер і діють як рушії стигматизації (рис. 1).

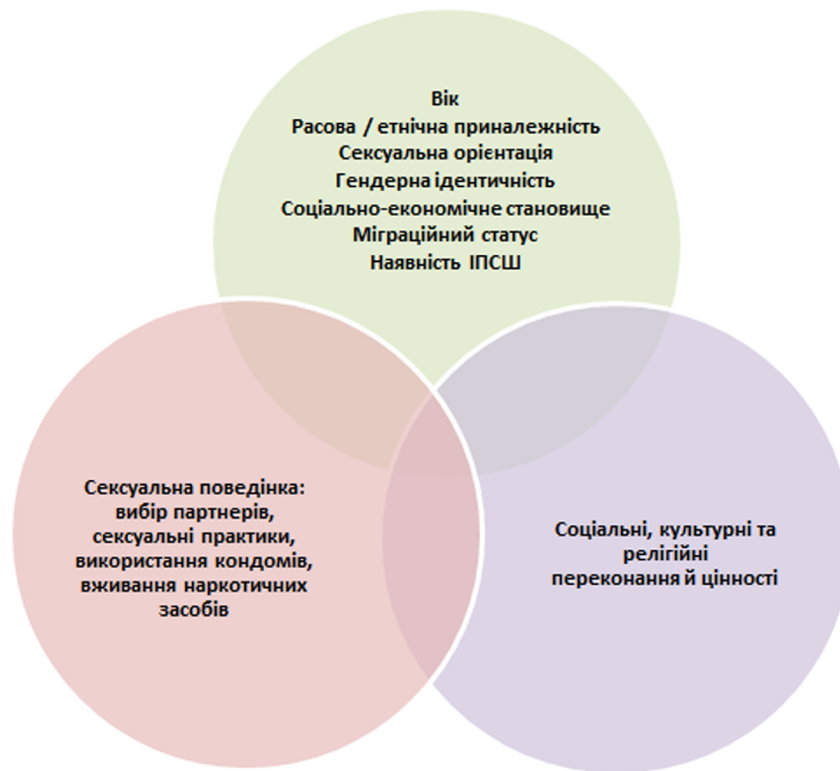


Рис. 1. Чинники індивідуального рівня, що впливають на епідеміологію ВІЛ.

Джерело: Складено авторкою на основі «HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach» [25].

У багатьох культурах біологічні відмінності між статями інтерпретуються в певний спосіб, перетворюючись на соціальні очікування щодо того, які моделі поведінки та види діяльності вважаються для них відповідними, та якими правами, ресурсами і повноваженнями вони мають володіти. G. R. Gupta (2000) зауважує, що «звичаї та практики, пов'язані з чоловічими й жіночими ролями і сексуальністю, у багатьох суспільствах сьогодні компрометують права та свободи людей, підтримуючи цикл хвороби і смерті» [26, с. 92].

Крім того, на думку M. S. Kimmel (2000), незалежно від сприйняття свого суспільного становища чоловіки як група все ж таки мають більшу владу над жінками як групою, тому будь-яке адекватне пояснення гендеру має зважати не тільки на гендерну відмінність, а й на чоловіче домінування [27]. Саме тому ще в 2001 р. у інформаційному бюлетені глобальної ініціативи протидії епідемії ВІЛ причину особливої уразливості жінок до інфікування окреслено так: «... у них недостатньо влади вирішувати, де, коли і як відбудеться секс» [28]. Наслідком такого гендерного дисбалансу влади є вищий рівень інфікування жінок порівняно з чоловіками з трьох основних причин: 1) переважання гетеросексуального статевого шляху передачі ВІЛ - три з чотирьох випадків (виняток становлять розвинені промислові країни); 2) залучення переважно жінок до секс-бізнесу; 3) напрямок інфікування - від чоловіків до жінок [29].

Розподіл влади в сексуальних відносинах між чоловіками та жінками бере свій початок у пубертаті. Серед гендерно зумовлених причин уразливості дівчат і молодих жінок до ВІЛ називають

не тільки біологічні чинники (уразливий вагінальний і анальний епітелій) [30], а й гендерні норми, що обмежують сексуальність молодих жінок і впливають на їхній сексуальний досвід і очікування. У багатьох суспільствах підлітки, позбувшись повного контролю з боку дорослих, усе ще не мають їхніх прав та обов'язків. Характеризуючи особистість у цьому віці, F. Dolto (1988) зауважує, що для підлітка компроміси, з яких складається співіснування з іншими людьми, ще не почалися, але він змушений буде на них піти, щоб вижити та задовольнити свою сексуальність [31].

Як вважають G. R. Gupta, E. Weiss, D. Whelan (2000), дівчата й молоді жінки, входячи у світ дорослих відносин, стикаються з необхідністю примирити свої сексуальні почуття та бажання з прийнятими культурними та сімейними нормами [32]. Нижче (табл. 2) систематизовано соціально-економічні та культурні чинники, які обмежують здатність цієї групи застосовувати форми поведінки, що забезпечують від інфікування ВІЛ, інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), та дають змогу уникнути небажаної вагітності.

Табл. 2. Чинники уразливості до ВІЛ/ІПСШ дівчат і молодих жінок

Чинники	Опис
Гендерні відмінності в процесі соціалізації	1. Менший доступ до навчання, освіти та фінансових ресурсів, що знижує їхній соціальний статус і зменшує можливості вжити заходів захисту в сексуальних контактах. 2. Відмінності в конструюванні моделей сексуальності, коли ініціатива та контроль сексуальної взаємодії належать чоловікові. 3. Нерівний розподіл ролей і домашніх обов'язків, пов'язаний зі зменшенням мобільності дівчат, вільного часу вдома й поза домом, що негативно впливає на навички комунікації, здатність приймати рішення, шукати інформацію й послуги впродовж усього життєвого циклу. 4. Більші обмеження щодо сексуальної поведінки на відміну від заохочення хлопчиків у пубертаті до сексуального експериментування як соціально прийнятного аспекту формування мужності.
Соціальні очікування щодо цноти як цінності	1. Збереження цноти й альтернативні сексуальні практики. Попри те що відтермінований початок сексуального життя вважається важливим складником профілактичних програм, у деяких випадках соціальний тиск, пов'язаний зі збереженням цноти, є для них бар'єром. Так, задля збереження цноти та запобігання вагітності вагінальний статевий акт може бути замінений на альтернативні сексуальні практики (наприклад, на анальний контакт), які несуть у собі високий ризик інфікування. 2. Пасивність, невисокий рівень знань про сексуальність і власне тіло. Брак знань про сексуальність і функціонування власних репродуктивних і статевих органів у дівчат-підлітків пов'язаний із «культурою замовчування», коли пошуку інформації цієї тематики перешкоджає страх бути викритою в сексуальній активності. Водночас дорослі нерідко побоюються, що сексуальне виховання призведе до сексуальної активності. 3. Підтримання цнотливого образу. Незалежно від рівня знань демонстрація високої поінформованості у сфері сексуальності та відвідування гінеколога можуть створити враження активного сексуального життя й за наслідок мати стигматизацію, а також примушування до сексуальних стосунків.
Почуття і сексуальний досвід	1. Дошлюбні сексуальні стосунки. Багато молодих жінок мають статеві контакти до одруження через емоційний і фізичний потяг, а також в обмін на гроші, подарунки або послуги. 2. Сексуальні стосунки зі старшими партнерами. Матеріальна вигода є однією з основних причин сексуальних контактів зі старшими партнерами. 3. Примушування до сексуальних стосунків. Сексуальні контакти проти волі пов'язані з погрозами та застосуванням сили.

Джерело: Складено авторкою на основі E. Weiss, D. Whelan, G. R. Gupta «Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries» [32].

Чинники, пов'язані зі здоров'ям підлітків обох статей, теж гендерно зумовлені. Виокремлюють, зокрема, такі відмінності: різні ризики для здоров'я і різні захисні фактори; дисбаланс між потребами в сфері охорони здоров'я і доступом до ресурсів; різний вплив політик і програм охорони здоров'я. Серед тенденцій, що впливають на пріоритетні напрями у галузі охорони здоров'я для дівчат, необхідно враховувати значний соціальний тиск у питанні початку статевого життя, недостатній рівень повноважень у переговорах про використання презервативів, високий ризик сексуальної експлуатації та насильства, утруднений доступ до інформації щодо ВІЛ/ІПСШ [33].

Наголошуючи на актуальності проблеми, автори звіту ЮНЕЙДС за 2017 р. звертають увагу на необхідність надання рівноцінного доступу дівчаткам і хлопчикам до адекватного їхньому віку комплексного статевого виховання, що ґрунтується на правах людини, розглядає питання статевої рівності, створює здорові взаємовідносини та стимулює активно звертатися по медичну допомогу [34].

Отже, у науковій та практичній літературі виокремлюють широкий спектр структурних, соціальних та індивідуальних чинників, що зумовлюють уразливість дівчат і жінок до ВІЛ та ІПСШ.

Гендерні підходи: від «АВС» до інших літер алфавіту

Далі розглянемо підходи, спрямовані на впровадження гендерних складових у програми протидії епідемії ВІЛ.

Зауважимо насамперед, що гендерний підхід полягає у включенні гендерної перспективи та гендерного аналізу до всіх етапів розробки, реалізації та оцінювання проєктів, стратегій і програм [35]. Такий підхід поділяють на гендерну інтеграцію та гендерний мейнстримінг. Гендерна інтеграція зосереджена на розробці, аналізі, моніторингу та оцінюванні програм із урахуванням гендерних чинників, тоді як гендерний мейнстримінг спрямований на комплексне включення гендерних питань до організаційних процесів та політик, які тривають і після завершення проєкту [36].

Гендерний аналіз є вихідною точкою в розробці заходів у відповідь на епідемію ВІЛ, які якнайкраще посприятимуть усуненню нерівності та задоволенню потреб різних груп населення. Його розглядають як необхідну основу для побудови всіх видів комунікації (зокрема стратегічної) у програмах профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ [37]. За твердженням ЮНЕЙДС, до керівних принципів гендерного оцінювання й моніторингу програм і політик відносять: представницьку участь жінок і дівчат, реалізацію етичних заходів на основі рівності та справедливості, доказовий підхід, неупередженість і прозорість, сильне й сміливе лідерство тощо [18].

Наявні стратегії і підходи, що визначають ступінь і характер включення гендерних питань до програм протидії епідемії ВІЛ, варіюються і відрізняються акцентами гендерної інклюзії, що стосуються фокуса, спрямованості та відповідного пункту роботи, а також ставленням до рівності статей і відмінностей між ними.

Одним із перших підходів був «АВС», який спрямовувався на зміну сексуальної поведінки та поведінкових практик заради профілактики ВІЛ-інфекції. Ключами до розуміння та профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом називали такі: «А» (abstinence / delay of sexual debut) - стримування, відтермінування початку сексуального життя; «В» (being faithful / partner reduction) - збереження вірності, зменшення кількості партнерів; «С» (correct and consistent condom use) - правильне та послідовне використання презерватива.

Надалі обмеження стратегії «АВС» були критично переглянуті насамперед тому, що підхід базувався на індивідуальному прийнятті рішень із фокусуванням на чоловіках [38]. До того ж дослідження моделей соціальних мережових структур засвідчили, що колективна взаємодія більше, ніж відмінності в ризикованій поведінці окремих людей, пояснює поширення ВІЛ [39; 40].

Серед зауважень щодо «АВС» влучною видається пропозиція К. М. De Cock (2006) не розглядати стратегію як «чудодійний засіб» у профілактиці ВІЛ-інфекції, а як дещо складніше, ніж те, що стоїть

за трьома буквами абетки. Він наголосив на важливості включення нових складників, а саме: «D» (diagnosis) - діагностика / тестування на ВІЛ і «E» (everything else) - решта [41, с. 775]. Щодо елементів, які мали бути включені до «E», то J. V. Lazarus, J. D. Lundgren (2012) визначили їх такими, що стосуються тестування на ВІЛ: encourage, empower, expand - заохочення, розширення можливостей і збільшення охоплення доступу до тестування та консультування; ethics - дотримання професійної етики фахівцями, які проводять тестування; evidence - накопичення даних про те, як подолати бар'єри на шляху до тестування; evaluation - оцінювання та моніторинг програм тестування; effectiveness - ефективність програм тестування та їхній зв'язок із лікуванням [42].

Ці компоненти з групи «E» у подальшому були доповнені з огляду на особливу уразливість дівчат-підлітків та молодих жінок до ВІЛ. Так, одна з програм протидії епідемії, реалізована в країнах Африки у 2016 р., проходила під гаслом «empowerment + engagement = equality» («емпауермент + залучення = рівність»). Такий підхід був спрямований на розв'язання проблеми гендерної нерівності, з якою пов'язують високий рівень інфікування, через посилення повноважень та активнішого залучення жінок і дівчат до заходів [43].

Маючи на меті розширити межі стратегії «ABC» і наголосити на довгостроковому, всебічному та гендерно сфокусованому характері профілактики ВІЛ-інфекції, S. L. Dworkin, A. A. Ehrhardt (2007) запропонували додаткові стратегії профілактики «GEM», зосереджені на «G» (gender relations) - гендерних відносинах, «E» (economic contexts) - економічних контекстах і «M» (migration) - міграції [44]. Складова «G» включала гендерно-специфічні й такі, що розширюють можливості жінок, інтервенції: навички відмови або ведення переговорів про безпечний секс, використання фемідомів, контакт без проникнення. Також були порушені питання шкоди, завданої вузьким і обмежувальним визначенням маскуліності, що включає домінування в прийнятті рішень і контроль відносин. «E»-стратегія зачіпала структурні інтервенції, а також економічні та освітні контексти - рівний доступ до освіти та фінансової незалежності, що безпосередньо пов'язано з переговорними перевагами в стосунках, статусом у суспільстві та прийняттям рішень у сім'ї. «M»-стратегія включала міграцію й рух населення. Оскільки чимало жінок задіяні в домашньому сервісі, сфері обслуговування або індустрії розваг, вони переміщуються між різними пунктами всередині своєї країни й поза нею. Це створює безперервну циркуляцію між вищим і нижчим рівнями серопревалентності ВІЛ у групах чоловіків і жінок, у такий спосіб збільшуючи ризики інфікування.

Отже, у підходах до профілактики ВІЛ-інфекції відбувся перехід від початкової спрямованості на зміну індивідуальної поведінки до охоплення проблем гендерної нерівності, бідності та міграції, розв'язання яких, у свою чергу, підтримує зміни на поведінковому рівні.

Гендерні інструменти: майстерня інтеграції

З метою інтеграції гендерних складових до програм у відповідь на епідемію ВІЛ, а також для реорганізації діяльності за проектом у цьому напрямі пропонується використовувати гендерні континууми, які дають змогу оцінити включення гендерних питань до профілактичних і лікувальних заходів.

1. Континуум гендерних підходів, який став основою для подальших досліджень у цьому напрямі, було представлено G. R. Gupta (2000) на 13-й Міжнародній конференції зі СНІДу в м. Дурбан (Південно-Африканська Республіка) [26]. На шкалі розміщено низку підходів континууму від заподіяння шкоди до емпауерменту. Пропонуємо розглянути зміст кожного з підходів, які представлені на схемі (рис. 2), з виділенням основних характеристик.

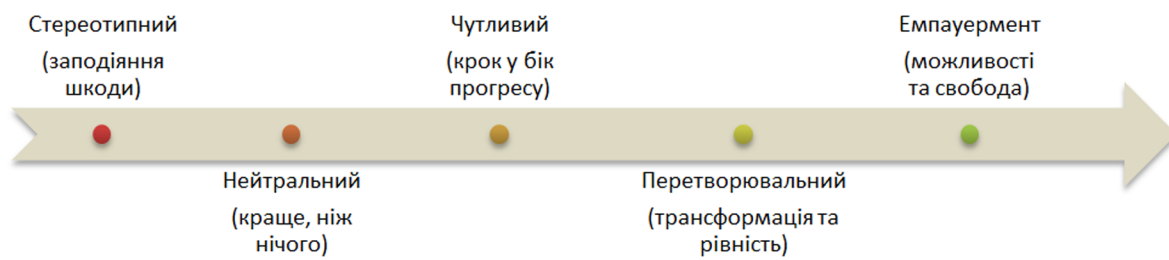


Рис. 2. Континуум гендерних підходів.

Джерело: Складено авторкою на основі G. R. Gupta «Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how» [26].

За *стереотипного* підходу відмінності в гендері / сексуальності не визнаються та не враховуються у програмах, що призводить до «заподіяння шкоди». *Нейтральний* підхід («не нашкодь») визнає відмінності в гендері / сексуальності, але не зважає на них у програмах. Положення підходу на континуумі – «краще, ніж нічого».

Чутливий, *перетворювальний* підходи й *емпауермент* визнають відмінності в гендері / сексуальності й враховують їх у програмах, але різною мірою спрямовані на зміни гендерних ролей і побудову справедливіших гендерних відносин. Так, *чутливий* підхід орієнтований на інтервенції, спрямовані на покращення доступу жінок до профілактики, лікування та догляду. Проте він виявився недостатнім для подолання дисбалансу сил у гендерних відносинах, що підвищує уразливість жінок. Положення підходу на континуумі – «крок у бік прогресу».

Перетворювальний підхід передбачає політики, спрямовані на розширення прав і можливостей жінок, питання сексуального здоров'я та гендерного насильства. У ньому наголошують на необхідності залучати до програм чоловіків через проведення спільного консультування пар, формування конструктивних ролей у сферах сексуального та репродуктивного здоров'я, раннього втручання в процес соціалізації хлопчиків для перегляду традиційних уявлень про маскуліність. Положення підходу на континуумі – «трансформація та рівність».

Емпауермент передбачає розширення прав і можливостей, а також звільнення жінок і чоловіків від впливу гендерних і деструктивних норм. Програми спрямовані на заохочення жінок до процесу прийняття рішень, поліпшення їхнього доступу до інформації, послуг і технологій. Суттєве значення для жінок має набуття нових навичок і відмінної від сім'ї групової ідентичності, яка стає ресурсом, джерелом сили. Положення підходу на континуумі – «можливості та свобода».

Авторка континууму зазначає, що *чутливий*, *перетворювальний* підходи й підхід, який розширює можливості, не виключають один одного й мають застосовуватися одночасно з розширенням варіантів у кожній із категорій.

2. *Гендерний інтеграційний континуум* (Gender Integration Continuum, GIC), оприлюднений організацією «Interagency Gender Working Group» (IGWG) у 2017 р., розроблено задля узагальнення низки підходів до гендерно-інтеграційних програм і політик у галузі планування сім'ї та репродуктивного здоров'я. Автори GIC пропонують розділити підходи на гендерно-сліпі та гендерно-усвідомлені, що відбиває ступінь аналізу та урахування гендерних норм, відносин і нерівностей під час планування, реалізації та моніторингу проектів [45].

Гендерно-усвідомлені політики та програми розробляють з урахуванням набору властивих певній культурі економічних, соціальних і політичних ролей, обов'язків, прав, норм, зобов'язань, які асоціюються з жінками та чоловіками. Такий підхід бере до уваги динаміку владних відносин між пред-

ставницями й представниками обох статей різних вікових груп. *Гендерно-сліпі* політики та програми, навпаки, всі ці питання не порушують, що лише посилює гендерну нерівність.

Нижче в таблиці (табл. 3) представлено описи трьох основних підходів GIC та приклади відповідних заходів, передбачених гендерними програмами.

Табл. 3. Гендерні підходи до програм/політик у відповідь на епідемію ВІЛ

Вид гендерних програм	Приклади
Гендерно-експлуататорські програми / політики (exploitative gender programming) Підхід гендерної експлуатації включає: - навмисне чи ненавмисне підкріплення або використання гендерної нерівності та стереотипів для отримання результатів проекту; - використання підходу, що посилює нерівність. Такий підхід є шкідливим і може в довгостроковій перспективі підірвати цілі програми.	<i>Мета:</i> залучення чоловіків до участі в прийнятті рішень щодо планування сім'ї. <i>Зміст:</i> розміщення плакатів із зображеннями на спортивну тематику та написами «Грайте в гру правильно, варто вам тільки почати контролювати ситуацію - і ви легко станете переможцем» і «Це ваш вибір». <i>Результат:</i> чоловіки були набагато більше схильні вважати себе відповідальними за планування сім'ї, але без обов'язкового спільного з жінкою прийняття рішень.
Гендерно-погоджувальні програми / політики (accommodating gender programming) Підхід гендерного погодження включає: - визнання гендерних відмінностей і нерівності; - організацію роботи навколо гендерних відмінностей і нерівності задля досягнення мети проекту. Такий підхід може призвести до короткострокової користі й отримання результатів проекту, але він не спрямований на зменшення гендерної нерівності або звертається до гендерних систем, які сприяють відмінностям і нерівності.	<i>Мета:</i> набуття задіяними у секс-бізнесі жінками навичок ведення переговорів про безпечний сексуальний контакт і збільшення кількості випадків використання презервативів їхніми клієнтами. <i>Зміст:</i> заклик до власників борделів дотримуватися політики використання клієнтами презервативів у 100% випадків. <i>Результат:</i> власники борделів мали достатню владу й авторитет для встановлення правил, що призвело до поширення практики безпечного сексу в борделях, які брали участь у проекті.
Гендерно-перетворювальні програми / політики (transformative gender programming) Підхід гендерного перетворення включає: - сприяння критичному осмисленню нерівності, гендерних ролей, норм і динаміки; - визнання й посилення позитивних норм, які підтримують рівність і сприятливе довкілля; - покращення становища жінок, дівчат і маргіналізованих груп; - перетворення основних соціальних структур, політик і загальноприйнятих соціальних норм, які зберігають гендерну нерівність. Такий підхід спрямований на трансформацію гендерних відносин для просування рівності та досягнення програмних цілей.	<i>Мета:</i> публічне обговорення широкого спектра соціальних проблем включно зі сферою охорони здоров'я (ВІЛ, небажана вагітність, гендерне насильство, дискримінація людей із інвалідністю). <i>Зміст:</i> включення до сюжетної лінії популярної теленовели епізодів, пов'язаних із сексуальним насильством і його впливом на інтимне життя та права жінок, із відкритим обговоренням партнерами сексуального здоров'я та питання планування сім'ї тощо. <i>Результат:</i> оскільки теленовела була популярною серед молоді, вона дала змогу звернутися до розгляду й оскарження традиційних гендерних ролей і норм.

Джерело: Складено авторкою на основі «The gender integration continuum: training session user's guide» [45].

3. У цьому контексті слід згадати *Інструмент гендерної оцінки національних відповідей на ВІЛ* (Gender assessment tool for national HIV responses), розроблений ЮНЕЙДС (2014) для підтримки розвитку й оцінювання національних стратегічних планів та інтеграції у них гендерної рівності. Інструмент спрямований на зрушення заходів від гендерно-сліпих (гендерно-негативних) через гендерно-чутливі

до гендерно-перетворювальних програм [46]. Якщо порівняти таку класифікацію із розглянутою вище, то можна припустити, що гендерно-чутливі програми цього інструменту відповідають гендерно-погоджувальним у GIC.

Отже, принципи гендерної інтеграції полягають у гендерно-усвідомленій позиції й русі до гендерного перетворення. Хоча програми та заходи можуть переміщатися вздовж континууму й містити елементи всіх трьох компонентів (експлуатації, погодження, перетворення) [47].

Незручні питання: розбиваючи скляну стелю

Сьогодні, як відзначалось раніше, забезпечення гендерної рівності розглядають як захід, покликаний зменшити уразливість жінок до ВІЛ. Він, за характеристикою Світового банку (2001), полягає в рівності перед законом, у рівності можливостей (доступу до людського капіталу та економічних ресурсів, а також в оплаті праці), в рівноправності голосу, а також у можливості вибору жінками та чоловіками різних (або подібних) ролей і результатів - залежно від їхніх схильностей, уподобань і цілей [29].

Пошук шляхів упровадження ефективних заходів профілактики ВІЛ-інфекції вимагає порушення нешаблонних і незручних питань про гендерні проблеми загалом і потреби дівчат і жінок зокрема, а також поступок і змін у поведінці тих, кому належать влада й ресурси [16]. Тому актуальними залишаються вимога дискусій навколо доцільності тих чи тих заходів, необхідність розробки й об'єднання довкола доказових інклюзивних підходів [48]. Зокрема, в резолюції Генеральної Асамблеї ООН (2015) зі сталого розвитку на період до 2030 року підкреслюється роль залучення чоловіків і хлопців до ліквідації всіх форм дискримінації та насильства щодо жінок і дівчат [49]. ЮНЕЙДС (2015) вважає, що вкрай потрібне визнання того, що представники обох статей мають власні обмеження й відмінні, нерідко конфліктні, погляди, потреби, інтереси та пріоритети [21]. Тобто гендерна рівність не передбачає, що жінки та чоловіки будуть однаковими, проте однаковими повинні бути права, на які вони претендують [50]. В іншому разі, як зауважила Н. Clinton (2012), «у миру та процвітання буде власна скляна стеля» [51].

Обговорення результатів

Наразі можна стверджувати, що в Україні існує потреба трактування гендеру як інтегральної частини соціальних проблем замість «маргіналізації» гендерних питань шляхом їх відокремлення та замовчування. Включення гендеру та сексуальності як невід'ємних складників до програм у відповідь на епідемію ВІЛ передбачає визнання гендерного впливу й соціально-економічного статусу як важливих критеріїв, що визначають соціальні процеси. Гендерна рівність і емпауермент жінок, зокрема в сексуальній і репродуктивній сферах, видаються засадничими в побудові гендерно збалансованих програм профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом.

Проведений аналіз літератури і документів засвідчив, що погляди дослідників на причини уразливості жінок і дівчат та на зміст програм у відповідь на епідемію ВІЛ розвивалися поступово - від гендерно-сліпих підходів, за яких чоловіки виступали в ролі домінуючих партнерів, які регулюють безпечність сексуального контакту, до гендерно-усвідомлених, коли жінки мають рівне з чоловіками право на власний захист і доступ до ресурсів.

У перетворювальних інтервенціях гендерну рівноправність розглядають одночасно як мету і як шлях профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ та СНІДом. Однак дослідження й програми, які сьогодні реалізуються в Україні, здебільшого позиціонуються як гендерно-чутливі [52; 53], що відповідає серединній позиції на шляху до гендерно-перетворювальних програм. Спостерігається використання термінології, яка не завжди узгоджена з рекомендаціями ЮНЕЙДС. Наприклад, трапляється словосполучення «фемінізація епідемії» [54, с. 3], яке рекомендовано уникати через його нечіткість та

потенційний ризик стигматизації, замінюючи на конкретні факти та цифри [21]. До того ж дослідження проблеми уразливості підлітків до ВІЛ із урахуванням шкідливих гендерних норм охоплюють здебільшого представників молодих ключових груп [55]. Проте під соціальним тиском або під впливом певних обставин підлітки з різних прошарків населення можуть стати більш уразливими до ВІЛ. Тому, переконані, важливо здійснити гендерний аналіз реалізованих у нашій країні проектів, щоб надалі рухатися у напрямку гендерно-перетворювальних програм, упровадження яких вкрай необхідне для викорінення шкідливих гендерних уявлень.

З нашого погляду, за сучасного соціально-економічного та культурного розвитку в Україні можлива реалізація транзиторної, перехідної моделі, яка включає елементи як гендерно-нейтральних підходів, так і емпauerменту. Її використання дасть змогу зменшити уразливість жінок різних груп та почати рух у бік трансформації гендерних відносин. Сьогодні існує потреба у заходах для чоловіків, які були б спрямовані на стимулювання відмови від жорстких дискримінаційних гендерних ролей та «шкідливих версій» мужності на користь прийняття альтернативних і гендерно-справедливих норм. Водночас жінки нерідко й далі підтримують у партнерах традиційний образ маскулінності. До того ж існує нерозв'язана дилема між жіночністю і одночасною здатністю виявити ініціативу зі взяттям на себе відповідальності за безпечний сексуальний контакт.

Страх гендерної різноманітності та побоювання, пов'язані з рівністю жінок і чоловіків, виявляються в підтриманні традиційних гендерних норм, високому рівні гомофобії та стигматизації представників ключових груп, що підвищує уразливість до ВІЛ, про що свідчать вітчизняні дослідження [6]. У контексті профілактики актуальними залишаються питання релігійних норм і уявлень про «гріховність» проявів сексуальності, небезпечного статевого контакту та бажання завагітніти, сексуальної освіти підлітків обох статей на основі рівного діалогу. Ці та багато інших питань потребують розгляду крізь «гендерні лінзи здоров'я» для зменшення уразливості жінок і чоловіків, а також дівчат і хлопців до ВІЛ, пошуку адекватних українських моделей практики соціальної роботи в цій сфері.

Висновки

Проведений аналіз дає підстави для твердження, що чинники уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, пов'язані із гендерною нерівністю, можна розподілити на три рівні: індивідуальний (біологічні, демографічні та поведінкові ризики), соціальний (місце проживання, матеріальні обставини, культурні чинники, мережа соціальних контактів) та структурний (політичне середовище та законодавство, демографічні зміни, насильство, дискримінація, війна та мілітаризація). Виокремлюють також гендерні чинники, пов'язані зі здоров'ям підлітків обох статей: різні ризики для здоров'я та різні захисні фактори; дисбаланс між потребами в сфері охорони здоров'я і доступом до ресурсів; різний вплив політик і програм охорони здоров'я.

Актуальною залишається проблема планування заходів протидії поширенню ВІЛ, які б ураховували специфічні гендерні аспекти. З огляду на це підходи, спрямовані на зміни в індивідуальній поведінці (традиційна модель «АВС»), були спочатку доповнені стратегіями діагностики та інтервенціями на основі емпauerменту, а згодом замінені гендерно-орієнтованими стратегіями, які підтримують політики й програми щодо гендерної рівності, бідності та міграції.

З метою інтеграції гендерних складових у програми на етапах планування, реалізації та оцінювання розроблено спеціальний інструментарій, зокрема континуум гендерних підходів (2000); інструмент гендерної оцінки національних відповідей на ВІЛ (2014); гендерний інтеграційний континуум (2017). Континуум гендерних підходів (2000) містить низку підходів, що утворюють послідовну шкалу: стереотипний, нейтральний, чутливий, перетворювальний та емпauerмент. Інший континуум - гендерний інтеграційний, на якому підходи розташовані на шкалі в напрямку від гендерно-сліпих до гендерно-

усвідомлених програм і політик у відповідь на епідемію ВІЛ. Останні включають розширення прав і можливостей жінок, питання сексуального здоров'я та гендерного насильства, а також звільнення від деструктивних гендерних норм.

Для повноцінного впровадження в Україні сучасних гендерних підходів та інструментів потрібне визнання наявного дисбалансу у владних повноваженнях жінок і чоловіків, які до того ж мають власні потреби, що видається важливим кроком на шляху до досягнення рівності у сфері охорони здоров'я та якості життя. На нинішній момент в Україні доцільна й можлива реалізація перехідної моделі, яка включає елементи як гендерно-нейтральних підходів, так і емпатерменту, стимулювання відмови від дискримінаційних гендерних ролей.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets. Geneva: UNAIDS, 2017. 196 p.
2. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за січень 2018 року // Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: <http://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/edddc50bba7c43f0c2091a68b9f087f7.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
3. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 47. Київ: Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2017. 148 с.
4. Середа Ю. В., Сазонова Я. О. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду: аналіт. звіт (націон. частина). Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. 142 с.
5. Барська Ю. Г., Сазонова Я. О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. 130 с.
6. Волосевич І., Коноплицька Т., Мун Н. Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016 / GfK на замовлення GIZ. Київ: GfK Ukraine. 2017. 92 с.
7. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.01.2018 р. // Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/5bc7bd744850ae49ad7333e92a0ddc1e.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
8. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: метод. посібник / Л. М. Гейдар та ін.; за ред. А. А. Ярошенко; Програма розвитку ООН в Україні, Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Київ: Центр соціальних експертиз ІС НАНУ. 2011. 80 с.
9. Говорун Т. В., Кікінежді О. М. Конструювання гендеру в когнітивній парадигмі // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». Тематичний випуск «Актуальні проблеми когнітивної психології». Острог: Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2010. Вип. 14. С. 55-65.
10. Ламах Е. Гендерна складова у політиці протидії ВІЛ-інфекції в Україні // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2013. № 1. С. 271-278.
11. Марценюк Т. Гендерна рівність і недискримінація: посібник для експертів і експерток аналітичних центрів. Київ, 2014. 65 с.
12. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. К.: Вид-во «Києво-Могилянська академія». 2013. 400 с.
13. Семигіна Т. В. Розвиток економічної спроможності клієнтів соціальної роботи (на прикладі ВІЛ-позитивних жінок) // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2016. № 1-2. С. 84-92.
14. Semigina T. Is zero discrimination possible? Voices from Ukraine // M. Henrickson et al. Getting to zero: Global social work responds to HIV. Geneva: IASSW, UNAIDS, 2017. P. 255-280.
15. Скорик М. М. Гендерний аналіз соціополітичних процесів: метод. Розробка / Програма розвитку ООН в Україні, Київський інститут гендерних досліджень. Київ: Златограф, 2004. 32 с.
16. HIV/AIDS and gender relations: men have yet to take it seriously / Egerö B. et al. / Sida, Lund University. Stockholm: Sida, Department for democracy and social development, 2006. 27 p.

17. Павлов Л. П. Серая литература как источник научной и технической информации. Москва: Горячая линия - Телеком. 2016. 298 с.
18. Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV: operational plan for the UNAIDS action framework. Geneva: UNAIDS, 2010. 28 p.
19. UN creates new structure for empowerment of women: United Nations press release // UN Women. July 2, 2010. URL: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/media/stories/en/unwomenpressrelease201007021pdf.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
20. В направлении цели «ноль»: стратегия на 2011-2015 год. Женева: ЮНЭЙДС, 2010. 64 с.
21. Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. Женева: ЮНЭЙДС. 2015. 70 с.
22. Concepts and definitions // UN Women. URL: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm> (дата звернення: 5.03.2018).
23. Zierler S., Krieger N. Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection // Annual review of public health. 1997. Vol. 18. P. 401-436.
24. Poundstone K. E., Strathdee S. A., Celentano D. D. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome // Epidemiologic reviews. 2004. Vol. 26. Iss. 1. P. 22-35.
25. HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach. Washington, D. C.: Department of health and human services, Office on women's health. 2016. 129 p.
26. Gupta G. R. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how // Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review. 2000. Vol. 5. No. 4. P. 86-93.
27. Kimmel M. S. The gendered society. New York: Oxford University Press. 2000. 315 p.
28. Fact sheet: world AIDS campaign 2001 // The body. URL: http://img.thebody.com/legacyAssets/07/14/fs_wac.pdf (дата звернення: 5.03.2018).
29. Engendering development: through gender equality in rights, resources, and voice / International bank for reconstruction and development, World Bank. Washington, D. C.: World Bank; New York: Oxford University Press, 2001. 364 p.
30. Abbai N. S., Wand H., Ramjee G. Biological factors that place women at risk for HIV: evidence from a large-scale clinical trial in Durban // BMC women's health. March 19, 2016. URL: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0295-5> (дата звернення: 5.03.2018).
31. Дольто Ф. На стороне подростка / пер. с фр. А. К. Борисовой. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2010. 423 с.
32. Gupta G. R., Weiss E., Whelan D. Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries // Sexual and Relationship Therapy. Vol. 15. No. 3. 2000. P. 233-245.
33. Гендерный инструмент «Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»: рабочий документ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007. 29 с.
34. Пресс-релиз ЮНЭЙДС от 1 декабря 2017 года // ЮНЭЙДС. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/20171201_PR_BlindSpot_ru.pdf (дата звернення: 5.03.2018).
35. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода: методология, обзор по секторам, сборник примеров из практики. Братислава: Региональный центр ПРООН. 2007. Ч. 1. 171 с.
36. Houck F., Silva R., Rottach E. Integrating gender and gender-based violence into HIV programs: workshop report, February 21-23, 2012. Maputo, Mozambique. Washington, DC: Futures group, Health policy project, 2012. 20 p.
37. McKee N., Bertrand J. T., Becker-Benton A. Strategic communication in the HIV/AIDS epidemic. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004. 351 p.
38. The «ABCs» of HIV prevention: report of a USAID technical meeting on behavior change approaches to primary prevention of HIV/AIDS. Washington, D. C.: USAID, 2002. 16 p.
39. Friedman S. R. et al. Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation // American journal of epidemiology. 2000. Vol. 152. No. 10. P. 913-922.
40. Curtis R. et al. Street-level drug markets: network structure and HIV risk // Social networks. 1995. Vol. 17. No. 3-4. P. 229-249.

41. De Cock K. M. D for diagnosis and E for everything else // Bulletin of the World Health Organization. 2006. Vol. 84. No. 10. P. 774-775.
42. Lazarus J. V, Lundgren J. D. «E» is for everything else, not least for expanding HIV testing in Europe // Bulletin of the World Health Organization. 2012. Vol. 90. No. 9. P. 634-634A.
43. Уменьшение негативного влияния ВИЧ на девочек-подростков: репортаж // ЮНЭЙДС. 11 ноября 2016 года. URL: http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161111_unwomen (дата звернення: 5.03.2018).
44. Dworkin S. L., Ehrhardt A. A. Going beyond «ABC» to include «GEM»: Critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic // American Journal of Public Health. 2007. Vol. 97. No. 1. P. 13-18.
45. The gender integration continuum: training session user's guide / E. Neason; Population reference bureau, U.S. agency for international development. Washington, D. C.: PRB, 2017. 28 p.
46. Gender assessment tool: towards a gender-transformative HIV response. Geneva: UNAIDS, 2014. 41 p.
47. Santillán D. et al. To be (gender aware) or not to be (gender blind); that is the question! / Global health mini-university. Washington, D.C.: USAID, 2014. 14 p.
48. Halperin D. T. et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV // Lancet. 2004. Vol. 364. No. 9449. P. 1913-1915.
49. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 // United Nations. URL: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/89/pdf/n1529189.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
50. Что такое гендерно-ориентированный подход: пособие германской инициативы BACKUP. Эшборн: GIZ, 2013. 7 с.
51. Gender equality and female empowerment policy: USAID policy. Washington, D.C.: USAID, 2012. 21 p.
52. Bulyga N. et al. Gender-sensitive harm reduction interventions in Ukraine: clients' perspective // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2017. № 3. С. 12-25.
53. Практики предоставления гендерно-чувствительных услуг женщинам уязвимых групп: из опыта реализации инициативы «Женщины для женщин» в Украине. Киев: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2013. 84 с.
54. Гендер в снижении вреда: от гендерно-чувствительных услуг до гендерного равенства (информация для сотрудников ВИЧ-сервисных НПО) / М. Варбан и др. Киев: Альянс общественного здоровья, 2016. 28 с.
55. Посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД: адвокат. звіт / За ред. О. М. Балакіревої. Київ: Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка» 2017. 88 с.

МОЖЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПАРАПРОФЕСІЙНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ІНТРАДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ В УКРАЇНІ

POSSIBILITIES OF PARAPROFESSIONAL SOCIAL WORKERS' ACTIVITIES IN INTRADISCIPLINARY TEAMS IN UKRAINE

Катерина Єрошенко

аспірантка Академії праці, соціальних відносин і туризму

Kateryna Yeroshenko

PhD student, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0002-3055-9003

 pr.ulaf@gmail.com

Анотація

На основі аналізу документів та результатів дослідження думки експертів, які сформували навчальну програму для мережі парапрофесіоналів - радників у громадах, досліджено можливості залучення парапрофесійних соціальних працівників у цілому та громадських радників, зокрема, до діяльності інтрадисциплінарних команд. Розглянуто чинники, що впливають на діяльність інтрадисциплінарних команд у соціальних службах, а також подано думки експертів щодо того, яких представників громади доцільно залучати до парапрофесійної соціальної роботи.

Виявлено, що ключовими факторами в діяльності інтрадисциплінарних команд експерти вважають супервізію, попереднє навчання парапрофесіоналів та рольову конгруентність учасників команди. Окрім того, в експертному колі немає узгодженого бачення щодо того, хто саме в громаді може бути залучений до парапрофесійної діяльності в громадах, однак, окреслено низку обмежень щодо залучення представників громади.

Abstract

Based on desk-review analysis, and on the results of the expert discussion, the study reviews the opportunities of involving paraprofessional social workers in general, and community counsellors in particular, into the activities of intradisciplinary teams. Experts, who took part in the discussion, designed the training programme for community counsellors, and they shared the vision of who could be a counsellor in Ukrainian communities. Though there is any unified expert vision about who can be a involved into paraprofessional activities in communities, but there is a certain idea of who can not be involved for sure. The main criterion is the trust to the person in the community, but the study reveals more criteria. The idea of building network of community counsellors in Ukraine came from the practice of community paralegals' help in other countries. So community counsellors core function is a service brokerage in communities that are either small, or remote from the regional centres,

Ключові слова:

парапрофесіоналізм, соціальна робота, громадські радники, супервізія, рольова конгруентність, інтрадисциплінарна команда.

Key words:

paraprofessionalism, social work, community counsellors, supervision, role congruency, intradisciplinary team.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
29.01.2018

Рецензований: 5.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 2.03.2018

Прийнятий до друку:
14.03.2018

for there is usually a lack of professional social workers and lawyers in those cases. Paraprofessionals in such communities work in different formats: with or without a professional, or in the intradisciplinary team.

The study reviews factors that influence the activities of intradisciplinary teams in social services. The main factors are: supervision, role congruency, and the participation of a paraprofessional in the educational programme.

With regard to study findings a number of recommendations were proposed to smooth the process of intradisciplinary teams formation, including: provision for paraprofessionals the opportunity to participate in a trainings tailored to the needs of the community where they will work; setting up regular supervision sessions with a professional social worker; determination of the clear boundaries and functions for the paraprofessional and other members of a intradisciplinary team; implementation of standards for team functioning.

Вступ

Найчастіше парапрофесіоналів залучають до діяльності соціальних служб через брак фінансових ресурсів у громаді на оплату праці професіоналів [1, с. 491], але не тільки. Професіонал має витратити велику кількість свого робочого часу на адміністративні процеси, складання документів, водночас, менше - на безпосереднє надання сервісу клієнту. Але професіонали, які постійно приділяють увагу підвищенню своєї кваліфікації, часто не зацікавлені у виконанні простіших завдань, що не вимагають творчого підходу, але від того не стають менш важливими [2]. Таким чином, трапляються випадки, коли професійний працівник не може або свідомо уникає виконання певних функцій. Наприклад, його чи її кваліфікація дозволяє обирати найбільш цікаві та творчі завдання, тоді як більш рутинна робота залишається невиконаною [3].

Окрім того, в багатьох маленьких громадах існує тенденція відтоку професіоналів у пошуках кращої роботи (наприклад, роботи в місті, де більший попит і кращі пропозиції заробітної платні, ніж у сільській місцевості) [4]. Також парапрофесіоналів залучають, коли йдеться про роботу в громадах, у яких відчуються культуральні бар'єри між соціальними працівниками та місцевим населенням, де компактно проживають аборигени або національні меншини. В Україні такі бар'єри особливо відчутні, приміром, у роботі з представниками ромських громад.

Дослідники надання соціальних послуг у громадах Північної Канади, де компактно проживають представники автохтонного населення, Б. Майноре та М. Бун, свідчать, що в таких громадах спостерігались тенденції рідше залучати професіоналів до надання соціальних послуг, оскільки існують культуральні непорозуміння між ними і місцевим населенням. З часом ці тенденції почали сильно впливати на якість надання соціальних послуг, а точніше, на можливість доступу місцевого населення до сервісів. Задля подолання цих тенденцій була запроваджена ініціатива залучення парапрофесіоналів до співпраці з професіоналами. Як стверджують дослідники, це є єдиним дієвим засобом надання соціальних послуг у регіоні [3].

Дослідження також засвідчують, що робота парапрофесійних соціальних працівників посилила доступність сервісів та стійкість їхньої якості у громаді. Робота парапрофесіоналів вважається найкращим рішенням у громадах та інституціях, де є обмежені ресурси, окрім того там, де є тенденція відтоку професіоналів з малих громад [4; 5].

В Україні також є передумови до залучення парапрофесіоналів до соціальної роботи: щороку наші ВНЗ випускають тисячі юристів та соціальних працівників, а люди у віддалених громадах не отримують

відповідної допомоги. Натомість у великих містах ринок соціальних та правових послуг часто перенасичений. Робота парапрофесіоналів сприяє заповненню такої прогалини в наданні послуг. Водночас в Україні відсутні інститут підготовки парапрофесіоналів соціальної роботи та стала практика співпраці професіоналів з парапрофесіоналами, а отже, для розуміння можливостей парапрофесійної соціальної роботи у віддалених громадах потрібно брати до аналізу можливі формати такої співпраці. Міжнародний досвід демонструє можливості функціонування так званих інтрадисциплінарних команд, які передбачають залучення одного-двох професійних працівників та більшої кількості парапрофесіоналів. Робота таких команд в Україні дозволила б вирішити питання з отриманням сервісів у віддалених від обласних чи районних центрів громадах, в яких наявна нестача професійних працівників. Але за умов відсутності відповідної практики в громадах потрібне дослідження перспектив залучення парапрофесіоналів до діяльності таких команд.

Аналіз останніх публікацій

У науковій літературі парапрофесіоналів визначають як осіб із вищою освітою, які працюють не за спеціальністю [1, с. 487], беручи на себе лише певний сегмент функціонального навантаження професіонала [6]. Це досить широке трактування. Зазвичай, характеристики парапрофесіонала у різних сферах діяльності не тотожні, отож їх важко звести до чіткого спільного знаменника.

У соціальній роботі розуміння концепції парапрофесійного соціального працівника варіюється залежно від специфіки вимог та підготовки соціальних працівників у різних країнах. У найширшому розумінні парапрофесійний соціальний працівник не має відповідної освіти в галузі [7, с. 6]. Також парапрофесіоналів визначають як працівників у громаді, які закінчили коледжі (highschool), але не отримували подальшу освіту [1]. Водночас, наприклад, в США професійного соціального працівника визначають як найманого працівника, який має диплом бакалавра соціальної роботи чи сфери обслуговування (human service field). Але, окрім того, професіонал повинен мати рік супервізованої практики за фахом в соціальній службі безпосередньо з клієнтами [8]. Міжнародна асоціація шкіл соціальної роботи визначає, що професійний соціальний працівник повинен отримати в акредитованій школі соціальної роботи щонайменше ступінь бакалавра, а для отримання ліцензії штату чи сертифікації Асоціації має пройти до того ж щонайменше два роки післядипломної практики [8].

В Україні таких вимог для входу в професію немає. В законодавстві України також немає чіткого визначення, хто є соціальний працівник. В законі «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» визначено, щоправда, хто є фахівці із соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю [9].

Якщо проаналізувати подані у дефініціях парапрофесіонала характеристики, слід відмітити, що для України найбільш влучним формулюванням буде розуміння діяльності парапрофесійних соціальних працівників у широкому сенсі - як людини, яка не має вищої освіти в галузі соціальної роботи, але пройшла спеціальне навчання та виконує ряд функцій, традиційно виконуваних соціальним працівником. Парапрофесіонали найчастіше не мають формального статусу, а лише підтвердження проходження навчальної програми [3].

За останні 7 років тему парапрофесіоналізму в соціальній роботі вивчали: С. Крослі [10], Н. Малін з дослідженнями процесів депрофесіоналізації у соціальній сфері [11], М. Траппенбург та Г. ван Бік - в темі депрофесіоналізації соціальної роботи [12], Н. Лінск, З. Мабею, Л. Омарі, Д. Петрас, Б. Любін, зокрема, досліджували діяльність парапрофесіоналів із дітьми у складних життєвих обставинах [13].

Мета та методологія роботи

Ця наукова розвідка має на меті виявити можливості залучення парапрофесіоналів, які працюють в українських громадах, до діяльності інтрадисциплінарних команд у соціальній роботі.

Методи дослідження - системний аналіз результатів досліджень та аналіз результатів трьох експертних фокус-груп.

Критеріями відбору матеріалів для аналізу були: наявність викладених у мережі Інтернет даних та документів із досліджуваної теми, в яких розглянуто конкретні практичні приклади. Таким чином, об'єктом аналізу є чинники, що впливають на діяльність парапрофесійних соціальних працівників у інтрадисциплінарних командах. До пакету аналізованих матеріалів були включені наукові дослідження, опубліковані протягом останніх шістнадцяти років, відібрані за двома критеріями доступності: можливість доступу до оригіналу або електронної версії документа та мова викладу (російська, українська або англійська).

Окрім того, до аналізу включені результати дослідження, проведені в рамках імплементації мережі громадських радників в українських громадах¹. Створення мережі почалося з формування навчальної програми для парапрофесіоналів у громаді. Для підготовки цієї програми сформовано групу експертів, до якої увійшли чотири соціальні працівники, експертка в гендерній тематиці, два практики з державних центрів надання безоплатної правової допомоги, три представники громадських організацій, які є провайдерами правової допомоги, а також двоє представниць юридичного клінічного руху. Ця група експертів сформувала навчальну програму й навчила тренерів, як подати цю програму для парапрофесіоналів. Відбувся також конкурсний відбір громадських радників, була відібрана й навчена перша група з 22 осіб. Оскільки в Україні це експериментальна програма, подібного навчання для парапрофесіоналів ще не проводили, а отже, до відбору постало питання, хто в громадах може виконувати функції громадського радника. Відповідно, були організовані три фокус-групові дискусії з тренерами, яких у подальшому планувалося залучати до навчання громадських радників. Вибірка експертів-тренерів формувалася за принципом «снігової кулі» - експерти, які готували навчальну програму, в межах свого тематичного блоку програми радили щонайменше двох експертів, залучених до роботи всеукраїнських мереж надання безоплатної правової допомоги та сервісних мережевих організацій. Окрім того, тренери мали відповідати двом критеріям: наявність вищої освіти та досвід проведення тренінгів. До участі в фокус-групах були запрошені усі тренери (35 осіб), залучені до програми, та експерти, які розробляли тематичні блоки програми. Для аналізу в даному дослідженні були взяті результати означених експертних фокус-груп.

Основні результати дослідження

Форми залучення парапрофесіоналів до надання сервісів: інтрадисциплінарні команди

У практиці залучення парапрофесіоналів до роботи соціальних служб найчастіше використовуються дві форми: повне заміщення парапрофесіоналів професіоналами та робота в інтрадисциплінарних командах. Форма заміщення професіоналів парапрофесіоналами зазвичай характерна для громад, де немає професійних соціальних працівників. За такої форми діяльності парапрофесіонал часто позбавлений можливості професійної супервізії, і це може негативно позначитись на результатах його роботи. За даними А. Робертса та Дж. Боубілза, які досліджували залучення парапрофесіоналів

¹ Ідея щодо впровадження мережі громадських радників ініційована в Україні Програмною ініціативою «Права людини та правосуддя» Міжнародного фонду «Відродження» за співпраці з державною системою надання безоплатної правової допомоги, Мережею правового розвитку та Українською фундацією правової допомоги. Авторка статті є залученою експерткою в процесі створення мережі громадських радників.

до діяльності соціальних служб геріатричних пансіонатів, великі міські заклади наймають на роботу здебільшого професіоналів, тоді як у маленьких закладах у сільській місцевості до роботи залучаються переважно парапрофесіонали. Їхнє дослідження показало, що з часом парапрофесіонали в цих геріатричних пансіонатах замінюють професіоналів у роботі, зокрема, у виконанні функцій психологічного консультування та пошуку практичних шляхів вирішення питань, тобто тих функцій, які класично належать до сфери професіоналів [9, с. 19]. У досліджуваних соціальних службах пансіонатів парапрофесіонали виконують також функції оцінки та планування втручання, перенаправлення та залучення інших служб. Водночас автори відзначають, що професійні соціальні працівники мають бути менторами та супервізорами парапрофесіоналів.

У малих громадах Танзанії парасоціальні працівники працюють із дітьми та сім'ями в складних життєвих обставинах, із сиротами, із людьми, які живуть з ВІЛ. До їхніх функцій належать створення комунікацій між клієнтами та провайдерами соціальних послуг і перенаправлення кейсів до районних офіцерів соціальної служби для зворотного зв'язку. Парасоціальні працівники працюють під супервізією в громаді, при цьому їхні супервізори також не мають освітнього бекграунду в соціальній сфері [4].

Парапрофесіонали у соціальній роботі часто залучені у інтрадисциплінарні команди, тобто команди, в яких одночасно працюють професіонал(и) та парапрофесіонал(и) [3, с. 141]. Для ефективної роботи інтрадисциплінарної команди надзвичайно важливі три базові параметри: попереднє навчання парапрофесіонала, рольова конгруентність членів команди та супервізія [14].

Попереднє навчання парапрофесіоналів

Дослідники стверджують, що важливу роль у формуванні інтрадисциплінарної команди відіграє участь парапрофесіонала у спеціальній програмі підготовки [3]. На даний момент не існує усталених стандартів навчання парапрофесійних соціальних працівників [2], оскільки в кожному конкретному випадку на парапрофесіоналів покладаються різні функції. У деяких країнах або регіонах розроблені стандартизовані навчальні програми [15], однак, вони не універсальні. Зазвичай, локальні навчальні програми формують залежно від потреб конкретної громади. На прикладах Канади й Танзанії можна побачити, наскільки різними є підходи до формування навчальної програми навіть у схожих ситуаціях. В Канаді арктичний коледж Нунавут пропонує 10-місячну сертифікатну програму. Навчання передбачає залучення практиків-волонтерів, яким протягом чотирьох семестрів дають навички, потрібні парапрофесіоналу для роботи в команді [3]. В Танзанії є програма навчання парасоціальної роботи, яка включає 8-10 денний вступ до соціальної роботи (у спрощеному та практично орієнтованому форматі), супервізоване включення в практику, п'ятиденний блок зворотного зв'язку [4]. В Україні працює 9-денна навчальна програма для парапрофесіоналів (громадських радників), проте у ній відсутній блок роботи в інтрадисциплінарній команді.

Рольова конгруентність у діяльності команди

У функціонуванні інтрадисциплінарних команд подекуди постають різного роду проблеми, переважно це стосується розуміння ролей в команді та поваги до можливостей її членів. Наприклад, під час роботи таких команд в аборигенських громадах поєднуються знання та навички професіоналів, більшість з яких є представниками некорінного населення, з парапрофесіоналами з-поміж аборигенів, які є носіями культури, цінностей та традицій місцевого населення. Парапрофесіонали, які працюють в таких громадах, відзначають, що професіонали часом, попри свою гарну підготовку, не можуть допомогти через свою «налаштованість» на певний результат, що впливає з системи цінностей, відмінної від системи цінностей автохтонного населення. Саме через це члени команди мають добре розуміти і свої ролі, й ролі інших, і бути свідомі того, що їхні рольові функції можуть перетинатися.

Як стверджує Е. Лінтон, напруга в інтердисциплінарних командах може виникати через побоювання професіоналів, що парапрофесіонали їх повністю замінять. При цьому нижча оплата праці парапрофесіоналів може спричинити їхню вищу конкурентоспроможність на ринку праці [16]. Окрім того, функцій парапрофесіонала чітко не окреслені, отже, вони визначаються специфікою громади чи групи клієнтів, з якими вони працюють [3].

Супервізія

На даний момент відсутні стандарти супервізії для парапрофесійних соціальних працівників. Окрім того, з-поміж проблемних моментів, пов'язаних із ролями у команді, виділяють питання конфіденційності. У малих громадах аборигенів люди побоюються поширення інформації в громаді, тому коли вони довіряють свою інформацію парапрофесіоналам, ті у свою чергу часто не знають, чим саме з довіреної інформації можна обмінятися з колегами по команді, і, таким чином, не діляться такою інформацією взагалі.

В інтрадисциплінарній команді соціальні працівники виконують функцію супервізії парапрофесіоналів, які з ними працюють, окрім того, вони мають надавати інструкції перед початком роботи. Формат таких інструкцій не можна вважати суворо визначеним: це може бути, наприклад, щотижневий або щоденний опис обсягу та напрямів роботи [17, с. 4]. Окрім того, соціальні працівники проводять орієнтацію для нових парапрофесіоналів та створюють для них помісячний план роботи, делегуючи їм частину власних повноважень.

Склад інтрадисциплінарної команди в Україні

Проведене дослідження засвідчує, що зараз в Україні відсутнє виразне розуміння, хто саме може виконувати функції парапрофесіоналів у територіальних громадах. У численних соціальних службах уже працюють інтрадисциплінарні команди, а отже, й люди, діяльність яких можна кваліфікувати як парапрофесійну [13]. З 2016 року в Україні, за сприяння МБФ «Відродження» спільно з Координаційним центром з надання правової допомоги, Мережею правового розвитку та ВБО «Українська фундація правової допомоги» розпочалося створення мережі громадських радників [2]. Це мережа парапрофесіоналів, які представляють малі громади з кількістю населення до 15 тисяч осіб. Радники проходять спеціалізований навчальний курс, в ході якого оволодівають низкою навичок, що пізніше дозволяють їм підключатися до інтрадисциплінарних команд соціальних працівників або правників. Навчальну програму для цієї мережі готували професійні медіатори, юристи, соціальні працівники, громадські активісти. В ході обговорення навчальної моделі авторкою статті за узгодженням з групою колег було проведено в форматі трьох фокус-груп дослідження думки експертів, які розробляли програму, та тренерів, залучених до навчання громадських радників, щодо того, хто може виконувати функції радника в громаді. Розподіл думок тренерів та експертів подано в табл. 1.

Табл. 1. Результати обговорення питання «Хто в громаді може брати на себе функції громадських радників?»

Хто може бути громадським радником	Хто не може бути громадським радником	Дискусійні позиції щодо того, хто може бути громадським радником
Соціальні працівники Вчителі Бібліотекарі Студенти Лікарі	Полицейські та представники різноманітних правоохоронних органів Судді Прокурори Адвокати	Представники органів місцевого самоврядування Юристи

Джерело: складено авторкою на основі матеріалів дослідження.

Як бачимо, в експертному колі поки немає одностайного розуміння, хто може бути громадським радником. Особливо цікаві дані, розміщені в третій колонці табл. 1. Тут перелічено професії або функції в громаді, які, на думку одних експертів, можуть бути громадськими радниками, а на думку інших - не можуть. Добираючи перелік осіб, які не можуть бути громадськими радниками, експерти зважали на рівень довіри/недовіри з боку громади та авторитетності для громади. Також до цього переліку потрапили ті, хто, на думку експертів, не захоче працювати як парапрофесіонал (як-от адвокати).

З результатів фокус-групового опитування випливає, що мінімальними критеріями для відбору громадських радників мають стати:

- декларована наявність часу на виконання функцій громадського радника;
- бажання працювати в громаді як парапрофесіонал;
- активність в громаді;
- виконання в громаді будь-яких функцій, окрім тих, що вказані в другій колонці таблиці

Окрім того, додатковими критеріями для відбору названі: 1) рекомендації від громадських організацій, соціальних служб, провайдерів правової допомоги в громаді; 2) бажання змін у громаді у поєднанні з омисленим баченням цих змін та попереднім досвідом управління змінами в громаді. Також важливою видається висловлена думка про те, що громадськими радниками можуть бути професійні соціальні працівники чи юристи (але не адвокати) за умови, що в якості парапрофесіонала вони виконують непередбачені професією функції (наприклад, адвокація в громаді) або, маючи базову вищу освіту (бакалавр), працюють не за фахом. Водночас вони не можуть бути включені до роботи інтрадисциплінарних команд.

Якщо проаналізувати склад першого набору громадських радників, то це 22 особи, які закінчили експериментальну програму навчання. Серед них громадські діячі (10), приватний підприємець, юристи (2), бібліотекари (3), соціальні працівники (2), журналіст, депутат, працівник органу місцевого самоврядування (2), страховий консультант. Тобто переважний рід занять радників - ініціативи різного формату, що передбачають безпосередню роботу з представниками громади. Наразі чотири представники саме цього сегменту мережі працюють в інтрадисциплінарних командах.

Обговорення результатів

Міжнародний досвід аналізу діяльності парапрофесіоналів в інтрадисциплінарних командах свідчить про те, що без супервізії та спеціального навчання, без усвідомлення кожним власної ролі команда не спрацює. В Україні зі створенням першої пілотної програми навчання парапрофесійних радників у громадах були сформовані нові можливості для підтримки жителів малих громад, серед іншого, через їхню діяльність в інтрадисциплінарній команді. Наразі немає однозначного розуміння, хто саме може виконувати в громаді такі функції, однак, є попередні критерії, список яких за результатами моніторингу можна розширювати й уточнювати. Система підтримки мережі громадських радників передбачає також і неформалізовану супервізію - у форматі «рівний рівному», а також у форматі постійного обміну інформацією щодо діяльності в громадах з тренерами та експертами, які працювали з радниками в межах навчального курсу. Така супервізія не має поки усталеної системи, періодичності, однак, йдеться про перший місяць після участі в навчанні, в подальшому планується формалізація супервізії. Щодо усвідомлення своєї ролі в команді, тут можна говорити про те, що лише невелику частку парапрофесіоналів (4 людини з 22-х) залучено до роботи в інтрадисциплінарній команді. При відборі всі вони позначали свій рід занять як «громадський діяч», водночас троє залучені до розв'язання завдань соціальної роботи, один - до надання безоплатної правової допомоги.

Таким чином, для формування інтрадисциплінарних команд із залученням громадських радників в Україні рекомендовано:

- забезпечити парапрофесіоналам участь у навчальній програмі, сформованій у відповідності до потреб громади, де вони працюватимуть;
- організувати регулярні сесії супервізії з професійним соціальним працівником;
- забезпечити групову супервізію;
- в ході залучення парапрофесіоналів у роботу команд потрібно на загал визначати чіткі межі функцій парапрофесіонала та інших членів команди;
- впроваджувати стандарти функціонування команд.

Висновки

Існує низка чинників у громадах, які зумовлюють потребу в залученні парапрофесійних соціальних працівників. Ці чинники можна об'єднати під однією характеристикою - прогалини в наданні соціальних послуг, зумовлені різними причинами. Досвід інших країн засвідчує, що в форматі залучення парапрофесіоналів до діяльності інтрадисциплінарних команд вирішальними факторами можна вважати: наявність спеціальної підготовки, проходження супервізії та виразне бачення своєї ролі. Ці характеристики слід обов'язково брати до уваги соціальній службі в разі залучення парапрофесіонала до діяльності в такій команді.

Наразі в Україні немає стандартів щодо того, хто саме в громаді може бути залученим до діяльності громадського радника, що за змістом найближча до діяльності закордонних парапрофесіоналів соціальної роботи. Водночас в процесі пілотної програми сформовано рамкові критерії відбору громадських радників. За результатами першої хвилі навчання групи громадських радників, четверо з них працюють в інтрадисциплінарних командах, відповідно, видається доцільним у подальшому вивчати український досвід функціонування такої системи.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Olds D.L., Robinson J., O'Brien R. et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial // *Pediatrics*. 2003. Vol. 6. P. 486-496.
2. Єрошенко К. М. Формування компетентностей парапрофесіоналів соціальної роботи (на прикладі навчання громадських радників) // *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. №14. С.12-16.
3. Minore B., Boone M. Realizing potential: improving interdisciplinary professional/paraprofessional health care teams in Canada's northern aboriginal communities through education // *Journal of Interprofessional Care*. 2002. №16(2). P.139-147.
4. Omari L.N., Linsk N.L., Mason S. Strengthening Tanzania's social welfare workforce to provide ongoing paraprofessional support services to vulnerable children and families // *The handbook of social work and social development practice in Africa* / Grey M., ed. 2017. P. 352-365.
5. Yeroshenko K., Semigina T. Creating a training programme for community-based paralegals: action research // *Social Work and Education*. 2017. Vol. 4. No. 2. P. 33-45.
6. Epstein J., Vanderhoef S. Paraprofessionalism: A Study for the Winnipeg Police Commission // *Institute of Urban Studies University of Vinnipeg*. 1977. 130 p.
7. Para Professionals In The Social Service Workforce: Guiding Principles, Functions And Competencies // *Interest Group On Para Professionals In The Social Service Workforce*. 2017. 52 p.
8. Roberts A.R., Bowbils J.R. Who Hires Social Workers? Structural and Contextual Determinants of Social Service Staffing in Nursing Homes // *Health & Social Work*. 2017. Vol.42. No. 1. P.15-23.
9. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: Закон України: за станом на 20.01.2018 // URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2558-14> (дата звернення: 25.01.2018).
10. Crossley S. Guest editorial: Professionalism, de-professionalisation and austerity // *Social work & Social science review*. 2016. №19 (1). P. 3-6.

11. Malin N. Developing an analytical framework for understanding the emergence of de-professionalisation in health, social care and education sectors // *Social Work and Social Sciences Review*. 2017. Vol. 19(1). P. 66-162.
12. Trappenburg M., Beek van G. «My profession is gone»: how social workers experience deprofessionalization in the Netherlands // *European Journal of Social Work*. 2017. P. 1-14. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2017.1399255> (дата звернення: 15.11.2017).
13. Linsk N. L., Mabeyo Z., Omari L., Petras D., Lubin B., Abate A., Steinitz L., Kijage T., Mason S. Para-social work to address most vulnerable children in sub-Saharan Africa: A case example in Tanzania // *Children and Youth Services Review*. 2010. Vol. 32. P. 990-997.
14. Durlak J. A. Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers // *Psychol Bull*. 1979. Vol. 86(1). P. 80-92.
15. Єрошенко К. Параюридична практика: чого може навчитися з міжнародного досвіду українська соціальна робота? // *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*. 2017. №3. С. 38-47.
16. Lynton E. *The Subprofessional: From Concepts to Careers* // National Committee on Employment of Youth. New York, 1967. 177 p.
17. Pickett A. L. *Paraeducators: Factors That Influence Their Performance, Development, and Supervision* // ERIC Development Team Digest. 1999. Vol. E587. P. 1-6.

TEN YEARS OF THE OPIOID AGONIST THERAPY IMPLEMENTATION EXPERIENCE IN UKRAINE. WHAT FURTHER? (First part)

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАННЯ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ В УКРАЇНІ. ЩО ДАЛІ? (Частина перша)

Sergii Dvoriak

Dr. in Medicine, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism. Leading investigator, Ukrainian Institute on Public Health Policy

Сергій Дворяк

Док. мед. наук, професор Академії праці, соціальних відносин і туризму. Головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я

 orcid.org/0000-0002-0032-5417

 dvoriak.sv@socosvita.kiev.ua

Olena Karagodina

Dr. in Medicine, Professor, Head of Social Work and Applied Psychology Department, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Олена Карагодіна

Док. мед. наук, професор, завідувачка кафедри соціальної роботи та практичної психології, Академія праці, соціальних відносин і туризму

 orcid.org/0000-0002-7412-5178

 karagodina.og@socosvita.kiev.ua

Victor Chtenguelov

MD, PhD, Senior Researcher, Ukrainian Institute on Public Health Policy

Віктор Штенгелов

Канд. мед. наук, старший науковий співробітник Українського інституту політики громадського здоров'я

 orcid.org/0000-0003-2878-1569

Iryna Pykalo

PhD student, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Ірина Пикало

аспірантка Академії праці, соціальних відносин і туризму

 orcid.org/0000-0001-9290-8902

Abstract

This publication is the first part of paper presenting with the history of the implementation of opioid agonist therapy (OAT) in Ukraine for the treatment of opioid dependence. 43 publications in foreign and domestic sources have been analyzed. The authors differentiate four stages of introduction of this treatment in the country, two stages are described in details. The earliest utilization of OAT took place in 2004-2005, within the framework of the UNDP - Applied Human Rights Project. Buprenorphine was chosen as opioid agonist. Main reason to choose this medication was a possibility to avoid a stigmatizing connotation connected with methadone. There is an important detail: at this period, OAT was promoted as a harm reduction component rather than method of treatment itself. Majority of medical professionals and especially decision makers accepted OAT mainly as a HIV prevention measure. At the beginning, main task was to develop an appropriate infrastructure and overcome a resistance of enforcement bodies and media. At this stage of OAT development, there was a biggest challenge - low coverage of patients with opioid addiction. Many obstacles rooted in conservative drug policy and old-fashioned medical care system were responsible for this situation. But first results of the treatment were promising. After introduction of methadone in 2008 the period of rapid increase of number of patients occurred. OAT changed a status from pilot projects to more or less routine narcological practice. Positive correlations were found between numbers of opioid dependent and HIV+ patients. Scientists found a clear correlation between increase of ART effectiveness and the incorporation of drug treatment for HIV-positive opioid addicts.

Professionals intended to move beyond client-level and program-level factors and expand OAT through structural-level factors by introducing and evaluating a new model of OAT delivery in Ukraine, by providing it in non-specialty care settings where primary care physicians are trained to provide OAT outside of specialty care (HIV, Narcology, TB) settings. The new settings as predicted were able to create new efficiencies and allow individuals to receive care in non-stigmatizing centers that address an array of medical and psychiatric comorbidities. To realize the integrated model primary care physicians have to be trained to provide integrated services within a non-specialty care setting to treat not only addiction, but also HCV, HIV-infection, TB and other medical comorbidities.

In the second part of this paper, we will discuss the barriers to access OAT, overcoming the stigma and discrimination of patients, the economic aspects of OAT, the role of social workers in these processes.

Анотація

Ця публікація є першою частиною статті, в якій представлено результати аналізу довготривалого та складного процесу впровадження в Україні підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) для лікування опіоїдної залежності. Проаналізовано публікації (загалом 43), що з'явилися в останні роки в закордонних і вітчизняних джерелах. Окреслено чотири етапи впровадження цього методу лікування в країні, в першій частині статті детально розглянуто два з них. Оцінено як переваги методу, так і перешкоди соціального і психологічного характеру, роль

Ключові слова:

drug use, treatment of opioid dependence, social work, methadone, buprenorphine, change of attitude towards treatment.

Key words:

вживання наркотиків, лікування опіоїдної залежності, соціальна робота, метадон, бупренорфін, ставлення до наркотичної залежності.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
1.02.2018

Рецензований: 15.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 5.03.2018

Прийнятий до друку:
12.03.2018

ставлення суспільства і представників правоохоронних органів до препаратів ПТАО. Зроблено висновок, що, попри доведену ефективність і наукову обґрунтованість методу, його використовують в Україні недостатньо. Важливу роль у сприянні змінам щодо розуміння проблеми вживання наркотиків, ставлення до хворих на залежність і, зокрема, до ПТАО, мають відігравати соціальні працівники.

Foreword

In the USA data from a national study of 345 substance use disorder treatment centers were used to investigate social workers' knowledge, perceptions of effectiveness, and perceptions of the acceptability of opioid agonist treatment (OAT) for substance use disorders. Results reveal the importance of experience in OAT for social workers to develop a knowledge base regarding the effectiveness of various pharmacological agents. Results also underline the importance of social workers' perceptions of effectiveness in forming opinions regarding the acceptability of the use of OAT in treatment. Researchers evidence that a 12-Step orientation toward treatment has a negative influence on social workers' opinions regarding the acceptability of OAT (Bride, 2013). Christina Reardon cites Ann Abbott: «social workers have an ethical responsibility to be knowledgeable about OAT, to stay up-to-date on OAT trends, and understand the role various mental health factors play in addiction» (Reardon, 2014). Social workers are in a good position to both promote OAT use and make sure that it is used in a responsible and ethical way (Reardon, 2014; Roman, Abraham & Knudsen, 2011; Volkow, Frieden, Hyde & Cha, 2014).

Background

The principles of social work addressing patients with opioid addiction and comorbid disorders include case-management, assessment of the patient needs and finally effective treatment and care. Medical practitioners could realize that treatment of people with opioid addiction (PWOA) can be effective enough if there is support from non-medical staff, particularly social workers and psychologists. It is a well-known fact that successful treatment of drug addiction is possible if there is socio-psychological support complementary to the pharmacological treatment (National Institute of Drug Abuse, 2012).

Opioid agonist therapy (OAT) is the most effective in treatment of opioid addiction (Bart, 2012) and in prevention of HIV/AIDS and viral hepatitis among people who inject drugs (PWID) (SAMHSA, 2017).

OAT as a treatment method including some aspects: medical, socio-psychological, economic and political. The medical aspect is completely clear. Opioid agonists like methadone or buprenorphine suppress opioid withdrawal and afford opioid-dependent patients to stabilize their daily routine life and refuse from illicit drug use. Economic factors also are clear because enough data have demonstrated that investments in OAT allow to save public health funds in the ratio 1:7, it means that each dollar invested in OAT save 7 dollars which will be spend for treatment of HIV-infection and HCV, or incarceration, or other public costs linked to opioid abuse. There are still serious issues on political and socio-psychological levels, because many people suggest that OAT does not treat, but support addiction. There is still no consensus regarding the nature of opioid addiction in the society and big part of it believe that it's just bad behavior which can be changed if a person will be motivated enough. They also believe that only total abstinence is the solution for addicted patients. There are many stereotypes in the society based on moralistic and traditional points of view but not on scientific data.

The OAT provision in our country started in 2004, and it is still controversial in terms of acceptance by the non-professional society. There is an obvious paradox: the evidence based, most efficient and cost-effective treatment faces the strongest resistance to its implementation. Therefore, there is insufficient coverage of addicted patients by OAT.

Main objective of this paper is to discover factors playing important role in hindering access to treatment and to figure out strategies for overcoming the barriers to scaling-up the treatment. In addition, we are trying to clarify the mission of social work specialists in the processes of implementation and advocacy of evidence-based treatment for PWOA.

WHO, UNAIDS, and the UN Office on Drugs and Crime (UNODC) support a comprehensive package of interventions for the treatment and prevention of HIV-infection and viral hepatitis among PWID. Core interventions include needle and syringe programs (NSP) to prevent risky use of paraphernalia; opioid agonist therapy (OAT) to reduce the frequency of and encourage cessation of opioid injecting; HIV testing and counseling as a gateway to HIV treatment and care; HIV antiretroviral therapy (ART); and condom distribution programs to prevent HIV transmission to sexual partners (World Health Organization, 2012).

Ukraine as a country, where two epidemics - opioid addiction and HIV-infection - coexist, had to implement this kind of treatment. The process was accompanied by serious professional and dramatic public discussions. The number of patients involved in the treatment increased from 96 in 2004 to 10 500 in 2017. The first publication about OAT in Ukraine appeared in 2007; in 2017, the number of papers in the peer-reviewed journals achieved 30. Analysis of publications helps to understand main trends in drug policy, treatment of drug addiction and prevention of blood-borne infections, and to perceive mistakes, weaknesses and challenges on the way of equal access to treatment for one of the most vulnerable population.

Method

We examined all available papers published in peer-reviewed international and Ukrainian journals on the topic. We also used current and previous national clinical protocols (guidelines) which were implemented in the beginning (2005) and later (2017). Key words used for search in PubMed: Ukraine, OAT, MAT, OST, Methadone, Buprenorphine, Substitution therapy. Total amount of studied papers - 43. We also looked through available articles in most popular Ukrainian newspapers and web resources.

In the analysis, we highlighted the key points of the implementation process and followed the trends of the therapy provision. In addition, we hoped in this way to understand the dynamics of attitudes of medical professionals, social workers, policy- and decision-makers as well as representatives of mass media, and finally - patients with their relatives - i.e. the audience of the treatment interventions.

Key findings

History of NON-implementation of OAT in Ukraine

The earliest mentioning of necessity of the OAT provision refers to 1996. It is a paradox, that first professionals that proclaim importance of using methadone for opioid addiction treatment were not narcologists, but infection disease specialists. The Summary of 5th Session of the Ukrainian Presidential National Committee of Fighting with AIDS in 1995 comprised the following statement: «To support an initiative of MOH of Ukraine regarding an experimental clinical study of the rehabilitation capacity and terms of methadone treatment implementation in Ukraine» (Natsional'nyy komitet z profilaktyky narkomaniyi ta zakhvoryuvannya na SNID, 1995 - 1996). This initiative was not developed and fulfilled. The main reason of that - a resistance of enforcement bodies and ambivalent attitudes of professionals in medical circles.

In this period, many narcologists were stick to a dogma that any narcotic drugs are completely contraindicated for administration in drug user treatment. It was a kind of an axiom, which does not need any prove that to treat heroin addiction by methadone is the same as to treat alcoholism by vodka.

Next serious attempt to develop OAT in Ukraine was made by international experts with technical support of the Renaissance Foundation, and later UN-Family organizations (UNDP, UNODC and UNAIDS). Social and psychological basis of massive resistance to OAT provision in the country at this period can be understood from a point of view of an anonymous narcologist: «There are many problems and poor people in our country; we don't have to make drug users happier than normal people» (Nikolai, 2001). There are more than one wrong believes in this phrase. The narcologist suggests that methadone has capacity to make people happy. The doctor is sure that methadone is not a medicine, but regular drug, which makes a person high. In addition, making this statement doctor suggests that OAT will contradicts the principle of fairness, because drug users should not get more than «normal people» should. It means the doctor does not agree with a concept according to which addiction is a disease. He would not be against paying more services and medicines for people with diabetes, asthma, cardiovascular diseases, etc. Nevertheless, addiction - it is something different and implicitly we should keep in mind that dependent people are to blame themselves for their problems, it means that there is no need to spend public resources to support them.

The period between 1995, when OAT firstly recommended for implementation, and 2004, when first pilot project started and the first person got the first dose of agonist maintenance treatment we called the «experience of non-implementation of OAT» in Ukraine. During this period, we differentiate two different trends, which we conditionally name as «Modern» and «Traditional» ones. The modern trend was based on a scientific approach and it used empirical data for treatment outcomes and results of hundreds of patients who were under professional observation. Scientific data equivocally demonstrate that OAT helps to individuals and society. However, supporters of the «traditional» approach anyway do not like to hear any arguments, and scientific facts for them serve to the only purpose - to undermine basic moral principles and values. According to them, any narcotic drug is a bad thing, and an idea to treat people with drug addiction by methadone is a criminal one, and must be rejected without any discussion. One of disputants - a general of the Ministry of Internal Affairs - said during a public discussion at a TV talk show: «For each person trying to import methadone to the country I personally will open a criminal provision».

It is interesting that during this decade the government issued some important documents about drug treatment: «Unified Standards of Narcology Care in Treatment-and-Prevention Institutions of Ukraine» in 1998 (Ministerstvo okhorony zdorovya Ukrainy, 1998); and «About the Program of Prevention of HIV/AIDS for 2001-2003 years» in 2001 (Kabinet Ministriv Ukrainy, 2001. These documents dictated to provide OAT in medical institutions for people with opioid addiction, but resistance of decision makers at the local level and especially among enforcement bodies could not allow starting practical implementation of this kind of treatment.

In a conceptual paper, an important statement is present: «Decision about the use of methadone in Ukraine should be carried out by health professionals. The national drug policy should be based on scientifically proven facts, and not on propaganda clichés, myths and subjective opinions. Important is the role of specialists, whose qualification and awareness on the AOT issues should be improved. It should also be noted the role of media, which form public opinion. They should present not just a collection of different opinions, but also display what these opinions are based on. In addition, they must help to choose a more reasonable point of view between different ones, find out where the opinions are based on long-term scientific observations and strict, methodologically verified data, analyzed by professionals, and where there are only prejudices. Patients with opioid dependence like all citizens of Ukraine according to the legislation have the right to obtain the most modern and effective medical care, which includes OAT with methadone maintenance» (Dvoriak, Chtenguelov, 2007).

The struggle between the OAT supporters and opponents could continue more and more, but finally the United Nations Development Program made the first practical step and created a pilot project of buprenorphine treatment in two Ukrainian cities.

OAT implementation and outcomes in Ukraine

The earliest utilization of OAT took place in 2004-2005, within the framework of the UNDP - Applied Human Rights Project. Buprenorphine was chosen as opioid agonist. Main reason to choose this medication was a possibility to avoid a stigmatizing connotation connected with methadone. In the beginning of 2000-ths, for many people the word 'methadone' had strong negative associations. Buprenorphine does not have this tail. It was also taken into consideration that Ukrainian narcologists already used injectable buprenorphine for detoxification. The pilot project was accompanied by the research, which was a part of the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. There were 67 opioid drug users under observation. It was a prospective observational study with assessments at baseline, and at 3- and 6-month follow-ups. All assessments referred to the period of one month prior to interview. The main aims of the outcome evaluation were to explore changes in the following domains: health status and well-being of individuals in opioid treatment; community/social benefits and program performance. Improvements in the main indicators were documented after 6 months of treatment. The retention level was 66% and the mean buprenorphine dose was about 8 mg/day (Dvoryak, Grishayeva, 2008; Lawrinson, Ali, Dvoryak, 2008). Even at this stage of the OAT provision, researchers raised a question about rapid scale-up of the treatment coverage (Bruce, Dvoryak, Sylla, 2007). There is an important detail: at this period, OAT was promoted as a harm reduction component rather than method of treatment itself. Majority of medical professionals and especially decision makers accepted OAT mainly as a HIV prevention measure. OAT always was linked with HIV/AIDS issues and in furtherance, since 2005 was financed by the Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM). According to GFATM approach, OAT should be used as a prevention measure especially in countries, where HIV-epidemic was fueled by injection behavior. This is a reason why at the beginning of the OAT provision the main outcome what researchers wanted to demonstrate was the risk of HIV exposure. Studies have showed that people who started OAT reduced injection behavior dramatically - by 7-10 times in comparison with baseline indicators. In a study conducted by the group of Swiss and Ukrainian researchers a total of 331 opioid dependent patients were given buprenorphine (N=191) or methadone (N=140), and assessment of drug injection, HIV transmission risks, and legal and social status showed that HIV related transmission risks were very much reduced, whereas employment rates and mental health improved. After six months of observation, retention rate was 84.8% among the patients in buprenorphine and 85.0% in methadone maintenance treatment (Schaub, Chtenguelov, Subata, Weiler, Uchtenhagen, 2010; Schaub, Chtenguelov, Subata, Weiler, Uchtenhagen, 2009). Similar outcomes were in the study, which followed patients during 12 months: retention was comparatively high (79.5%), no significant adverse events were reported (Schaub, Chtenguelov, Subata, Weiler, Uchtenhagen, 2009). At this point it worth to pay attention that if we are talking about chronic disease - addiction is a chronic disease - we cannot use a term 'cure'. It means that one of the most important outcome of the treatment is retention. The more a patient stays in treatment, the less risk he/she has regarding drug overdose, blood transmitted infection, incarceration, etc. (Farré, Mas, Torrens, Moreno, Camí, 2002). This approach derives from understanding addiction as a chronic and relapsing disorder and it means that addiction is not curable, but treatable disease (McLellan, Lewis, O'Brien, Kleber, 2000).

Psychological and social stabilization of a patient also depends of duration of treatment. It is necessary to take into consideration that retention in treatment itself depends of quality of service and professional level not only of medical staff, but also social workers, psychologists and of other professionals working with patients during the long-term process of addiction treatment (Altice, Bruce, Lucas et al., 2011; Bojko,

Dvoriak, Altice, 2013). However, at the beginning of the OAT provision majority of narcologists were trying to finish the treatment in 10-12 months and correct understanding of the therapeutic goals came to Ukrainian professionals later. Main task on the first stage was to develop an appropriate infrastructure and overcome a resistance of enforcement bodies and media.

Looking back at the period 2005-2017 we can identify as a minimum four stages of OAT implementation. Here we briefly review two of them.

First - the period 2005-2008 - early beginning phase, which we called the «Dating and hopes» period. At this time, many professionals believed that OAT could solve almost all the problems. Narcologists were enthusiastic regarding to new method and had expectations that by this way it is possible to stop opioid abuse and risky behavior if resistance of conservative circles is overpassed. This idea was supported by some factors like relatively small number of well-motivated patients, additional technical and financial assistance from international donors and high expectations from the new therapy. At the same time, some conclusions and plans were presented with a vision in public health perspective. It was marked that many difficulties existed in the implementation and expansion of buprenorphine maintenance treatment (BMT): 1) methadone was still unavailable due to resistance in Ukrainian society; 2) extensive measures of control required to supervise buprenorphine administration; 3) only narcologists may prescribe buprenorphine; and 4) buprenorphine was administered daily under direct observation. Although barriers exist, the reality that 350 individuals have entered into BMT programs in Ukraine, with high levels of retention in treatment, remained promising. Considering the demand for OAT, deregulation was necessary, including GPs to be allowed to prescribe buprenorphine. Furthermore, the availability of methadone had to be realized. Both programs were desperately needed if OAT was to scale up from 350 to 6 000 patients by 2008, and most importantly, to achieve the goal of 60 000 patients to influence the HIV epidemic in Ukraine (Dvoriak, 2007).

After introduction of methadone in 2008 the period of rapid increase of number of patients occurred. OAT changed a status from pilot projects to more or less routine narcological practice. This period (2008 - 2010) we named conventionally «Sturm und Drang»¹. It was characterized by rapid increase of number of treatment sites, professionals involved in the therapeutic process and patients. Number of patients in January 2008 was 547, and in December 2010 - 6 000 - increase was more than 10 times (Tsentr hromads'koho zdorovya Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy, 2017).

Positive outcome of OAT was confirmed by different studies, particularly it was shown that OAT significantly improves the somatic health of patients and reduces manifestations of criminal behavior among clients and promotes their social reintegration. Authors made conclusions: extension of OST programs is recommended as an effective intervention in public health, especially to control the epidemic of HIV infection; OAT should be an integral part of the national drug policy, as well as a functional, non-discriminatory system for care of PWID (Dvoriak, Prib, Chtenguelov, 2009; Dvoriak, Chtenguelov, 2009).

Data of the first and second phases were presented in six peer-reviewed papers. A. Mazhnaya & Z. Islam exposed summary of these works in a review. Conclusions were as follows: feasibility of methadone and buprenorphine maintenance treatment in Ukraine; reduction of opioid use, injection behavior and criminal activity was confirmed in all articles; data were similar to ones provided in previous studies of Western scholars; likewise, high level of retention in OAT was showed. Finally, it was stressed that there is lack of data on improvement of quality of the treatment services and need to create predispositions for scaling-up the program. As a matter of fact, it was clear that further studies in format of implementation science needed (Mazhnaya, Islam, 2015). At this stage of OAT development there was a biggest challenge - low coverage of patients with opioid addiction (World Health Organization, 2013). Many obstacles rooted in conservative drug policy and old-fashioned medical care system were responsible for this situation (Dvoriak, 2010). The most reliable recommendations: 30-40% of estimated number of people with

¹ Storm and stress.

opioid addiction should be covered by OAT (World Health Organization, 2009). There were only less than 5% in treatment in 2013 (World Health Organization, 2013).

Non-medical aspects of OAT

At the beginning of OAT implementation in Ukraine, and even before the process started a clinical protocol (guideline) was developed with detailed instructions how to administer buprenorphine or methadone for this kind of therapy. Several basic principles were outlined in this guide. One of them demanded that a multidisciplinary team should provide OAT. It had to include narcologist, nurse and social worker or psychologist. If scope of work for doctor and nurse was outlined very clear, there was no full clearness for non-medical professionals. It was well known that treatment of addiction needed some psychosocial components and it was proclaimed that every person on OAT should get psychological counseling, even a separate guide on this was recommended (Merser, Vudi, 2001). However, personnel of narcology clinics where OAT was provided had no special well-educated social workers. Some organizations had psychologists as staff members, but these specialists usually had not enough experience in maintenance treatment. Usually they previously worked in abstinence-oriented programs. In majority of the programs, so-called «social workers» were not in staff of narcology clinics, but belonged to different NGOs. These people had no special systemic education in social work, but some experience in drug counseling and only in the 12-Steps format. All of them had their own history of drug abuse and recovery. Absolute majority of these counselors did not support the idea of maintenance therapy with opioid agonists therefore instead of motivation for adherence to treatment they supported the idea to finish methadone use as soon as possible and move to rehabilitation programs. From these people point of view a final goal of treatment has to be the abstinence from all narcotic drugs including prescription ones.

There was also other problem. Methadone or buprenorphine administration has strict manualized rules and is seriously monitored by medical officials and police, and all deviations from the protocol can be qualified as a violation of the law about narcotic drugs turnover. This is the reason why prescription and distribution of medicines for patients is effectuated very accurately without any deviations. At the same time psychological counseling is not manualized, there is no clear requirements for number and duration of sessions. The same we can say about the content of psychological counseling. Implicitly it is suggested that counselors themselves should know how to build psychological counseling and what format of work should be offered to patients. It is amazing, but counselors usually did not register in documents their interventions. Looking to medical record or the journal of counseling (this is only document which a counselor had to fill in) it was possible only see notes like «A counseling session was provided». All intentions to assess and evaluate effectiveness of the counseling in OAT sites completely failed because there was serious lack of records or documents to analyze. There were only some anecdotal observations based on communications with patients and some «social workers». The latter said that they work with patients «upon request» and discuss with them just current psychological problems. Group counseling was very limited.

Addiction and comorbidity

We should take into consideration that OAT was originally introduced in Ukraine for HIV prevention, because negative stereotypes about OAT were prevalent among decision makers as well as patients and providers. Even first order of MOH on OAT implementation had name «On the development and improvement of substitution maintenance therapy for prophylaxis of HIV/AIDS among drug users» and mentioned that the treatment should be provided for patient with opioid addiction and HIV-infection.

Even more, at this stage (2005-2006) only HIV+ patients had chance to get access to this kind of therapy. As a narcologist cited his patient «Do you mean that I need to get infected to have a right for this treatment?» At this period, researchers faced the questions: how OAT works for patients with comorbid disorders, when they are HIV+, have TB or psychiatric problems. A study conducted with Penn University in 2010-2011 showed that HIV-positive addicts well tolerated OAT and demonstrated high level of retention. In the situation when after 12 weeks in treatment they have free choice to continue methadone treatment or move to detox and rehabilitation program no one agreed to do this. Methadone maintenance was well accepted by HIV+ and HIV- opioid dependent individuals showing the potential for significant public health impact if made more widely available with sustained access and support. The study showed that AIDS-center could provide OAT with the same success as specialized narcology centers and even provide more medical services. Scale-up of addiction treatment for PWID, especially OAT, can have a significant impact on preventing injection related morbidity, such as HIV and HCV infection. Due to the data, it was recommended to open OAT sites in all AIDS-centers, if there are patients with opioid addiction among their clients (Dvoriak, Prib, Chtenguelov, 2009; Dvoriak, Chtenguelov, 2009). The data completely corresponded with findings of other researchers that supposed a necessity of integration of OAT in routine practice of HIV care. Scientists found a clear correlation between increase of ART effectiveness and the incorporation of drug treatment for HIV-positive opioid addicts.

Furthermore, researchers identified five descriptive topics: the convenience and comprehensive nature of co-located care, contrasting providers' philosophies and their specific role in forming integration, the limits to disclosure and communication between patients and providers, OAT enabling HIV care access and engagement, and health system challenges to delivering integrated services (Guise, Seguin, Mburu, McLean, Grenfell&Rhodes, 2017).

A later study assessed a level of coverage with OAT of HIV-positive patients in different regions of Ukraine. It was found that there was positive correlation between numbers of opioid dependent and HIV+ patients. In all regions including those most affected, the number of OAT treatment slots was quite low. The highest and lowest levels of coverage were 7.3% and 0.4%, respectively in percent regarding number of HIV+ patients. Authors came to conclusion that there is significant geographic variability in both numbers of HIV positive individuals and numbers of PWID across Ukraine; however, there may be a more concentrated epidemic among PWID in many regions of the country. Scale-up of addiction treatment for PWID, especially OAT will significantly prevent HIV and HCV infection. Ukraine can learn from the mistakes other nations have made in denying critical treatment opportunities to PWID (Zaller, Mazhnaya, Larney, Islam, Shost et al., 2015).

Another study revealed a strong correlation between OAT provision and TB treatment in PWOA group. TB is a disease that affect opioid addicts by 7-8 times more often than general population in the same age group. In addition, it is important to keep in mind that among PWOA there are almost 20% of HIV-positive patients, and combination of HIV-infection with TB is a main cause of mortality among HIV+ population (Feshchenko, Viyevskiy, 2011). The study of associations between OAT and adherence to TB treatment showed necessity to provide opioid addiction treatment in TB facilities. The sample under observation was a group of PWOA (N=110) receiving treatment in tuberculosis facilities where OAT existed (N=57), and in facilities where OMT did not exist (N=53). Qualitative and quantitative assessment had unequivocal results: outcome of TB treatment measured by number of using prescribed anti-mycobacterial medicines and indicators of patients' satisfaction depended on participation in OAT programs. Drug addicts with TB who had no access to OAT demonstrated worse indicators of compliance and consequently lower effectiveness of TB treatment. These findings required policy change to increase the number of OAT sites in TB clinics and make OAT a low-threshold treatment option for PWOA in Ukraine (Morozova, Dvoryak, Altice, 2013; Dvoriak, 2013; Dvoriak, 2011).

Another study was dealing with the treatment of comorbid depressive disorders. It is a well-known fact that many opioid addicts suffer from depression that is not causally connected with addiction. These people need additional treatment because agonist therapy help them with opioid withdrawal, but cannot relieve depressive symptoms. The study findings confirmed that patients with depression receiving buprenorphine therapy should be treated by antidepressants, particularly it was proved by additional prescription of Sertraline, which belongs to the class of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI). It was the first study in Ukraine on this topic, which empirically supported the idea about need to treat PWOA not only for addiction but also for other non-psychotic psychiatric disorders (Dvoriak, Karachevskiy, 2011). Unfortunately, this initiative did not develop enough because of limitations by current legislation, which does not allow narcologists to prescribe antidepressants and demands to send patients to a psychiatrist for this kind of treatment. Stigma of psychiatric service is not less than in narcology, and this fact hinders addressing to psychiatrists. Furthermore, patients should pay for this treatment by their own and it is an additional barrier.

Combination of different disorders with opioid addiction is registered more and more often as the process of OAT provision develops, and this fact put an issue about new approach to treatment of opioid addiction. Addiction needs to be treated with due consideration of all problems that occur in a patient. The integration of care can be presented and used in two versions. One of them - integration of OAT in a treatment set of HIV-infection or TB, or psychiatric disorders when in specialized treatment facility patients together with basic treatment receive OAT. Another and more effective option - when general practitioners of family doctors can provide for patients all services, not only OAT, but all needed treatment interventions.

Integrated care for PWOA

Data regarding most important aspects of treatment and care for opioid dependent patients, specifically with co-morbid diseases, in the programs of opioid agonist maintenance therapy were analyzed. Possibility of integration of different medical and psychosocial services was postulated. Quantity of medical services and level of coverage by them were assessed. Some factors influencing integration level in different clinics were found (Dvoriak, Prib, Chtenguelov, 2011). As a result, it became clear that OAT could solve some problems of opioid dependent patients, but not all of them. OAT improves the physical health of patients, reduces manifestations of criminal behavior of patients and promotes their social reintegration. At the same time, many patients have no adequate aid for some medical and psychosocial problems. Moreover, other serious problem is that many PWOA have no access to the treatment due to different causes. Ways to improve the implementation of OAT are:

- change of regulatory policy (which will allow to continue OAT in the case of hospitalization or incarceration of a patient, and also to receive OAT medication for a certain time for the patient's home use in a stable condition);
- advanced training of staff on OAT issues;
- optimization of staff working conditions and improvement of the quality of a medical institution functioning in a whole; and
- mandatory introduction of the integrated care model.

Last years of the decade of OAT implementation were devoted to improving the OAT prerequisites. This included assessment and analysis of barriers and ways of overcoming them.

It was recognized that the most important way of OAT improvement - implementation of an integration care model for PWOA. The basis for this conclusion - the data of literature review (Altice & Friedland, 2010) and the study done in Ukraine by the UIPHP research team. It was a cross-sectional study of randomly sampled 296 HIV-infected opioid-dependent PWID from two representative HIV-endemic regions

in Ukraine where co-located (CL), non-co-located (NCL) and harm reduction/outreach (HRO) settings are available. The primary outcome was the quality of healthcare, measured by a quality healthcare indicator (QHI) -composite score representing eight guidelines-based recommended indicators for HIV, addiction and tuberculosis treatment. The secondary outcomes were individual QHIs and health-related quality-of-life (HRQoL). OST alone improved quality-of-life, while receiving care in integrated settings improved healthcare quality indicators for PWID (Bachiredy, 2014).

The model of integrated care that we planned to implement included opioid agonist therapy (OAT) and treatment interventions for socially dangerous infectious diseases (HIV-infection, tuberculosis, viral hepatitis) with psychosocial support (Dvoriak, 2016). During the model implementation researchers and practitioners did not intend to introduce new interventions, but they ensured that evidence-based intervention (EBIs) were deployed and they searched for answers «how» each intervention is deployed and «why» it works (or does not work). An important part of the activity was case-based learning with longitudinal co-management of patients by primary care providers and specialists from «clinical experts» in the field of HIV, TB and Narcology. Such development is consistent with practices of OAT expansion in a number of countries by increasing access to OAT in primary care settings - a model that is cost-effective and improves a number of treatment outcomes (Morozova, Dvoriak, Pykalo, Altice, 2017). Obtained data have confirmed the hypothesis that integrated care model works in Ukrainian clinical and social context. Even the pilot project could convince public health professionals that integration of services for PWOA has many advantages: satisfaction with treatment, subjective self-perception of well-being, and trust in physician significantly increased in patients receiving OAT in NSC-facilities. It was found that attitudes towards PWOA and HIV-positive patients significantly improved over time among general practitioners and family physicians. The most important finding: OAT can be successfully integrated into primary care in Ukraine and improves outcomes in both patients and clinicians contributing to scaling-up OAT for opioid dependent patients (Morozova, Dvoriak, Pykalo, Altice, 2017).

So, the analysis of clinical, organizational, political and social aspects of OAT makes it clear that maintenance treatment of opioid dependence with methadone or buprenorphine and psychosocial support is associated with retention in treatment, reduction in illicit opiate use, and improved social functioning. Integrated care model works in Ukrainian clinical and social context. Despite research demonstrating OAT's effectiveness as an evidence-based practice, such treatment remains underutilized. To get the full picture it would be worth to examine other aspects - the barriers to access OAT, overcoming the stigma and discrimination of patients, the economic aspects of OAT, and the role of social workers in these processes. That will be done in the second part of the paper.

(To be continued)

References

- Altice, F. L., Kamarulzaman, A., Soriano, V. V., Schechter, M., & Friedland, G. H. (2010). Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet*, 376 (9738), 367-387.
- Altice, F.L., Bruce, R.D., Lucas, G.M., et al. (2011). HIV treatment outcomes among HIV-infected, opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 56 (Suppl 1), S22-32.
- Bachiredy, C., Soule M. C., Izenberg, J. M., Dvoryak, S., Dumchev, K., Altice, F. L. (2014). Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 106- 114.
- Bart, G. (2012). Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *J Addict Dis*, 31(3), 207-225.

- Bojko, M. J., Dvoriak, S., Altice, F. L. (2013) At the crossroads: HIV prevention and treatment for people who inject drugs in Ukraine. *Addiction*, 108 (10), 1697-1869.
- Bride, B. E., Abraham, A. J., Kintzle, S., Roman, P. M. (2013). Social Workers' Knowledge and Perceptions of Effectiveness and Acceptability of Medication Assisted Treatment of Substance Use Disorders. *Soc Work Health Care*, 52(1), 43-58. doi:10.1080/00981389.2012.725457.
- Bruce, R. D., Dvoryak, S., Sylla, L. et al. (2007). HIV treatment access and scale-up for delivery of opiate substitution therapy with buprenorphine for IDUs in Ukraine - programme description and policy implications. *International Journal of Drug Policy*, 18 (4), 326-328.
- Dvoriak, S. (2007). Opioid Substitution Therapy with Buprenorphine in Ukraine - Program Description and Policy Implications. *International Forum, NIDA*, 26.
- Dvoriak, S. (2016). *Integrated Medical-Social Care for Opioid Addicts. Manuscript. Dissertation for the degree of Doctor of Medical Science in specialty 14.01.17 - «Narcology»*. - State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry & Narcology Academy of Medical Science of Ukraine». Kharkiv.
- Dvoriak, S. V. (2010). Efektyvnist' pidtrymuval'noi terapiyi ahonistamy opioyidiv v Ukraini [Efficiency of maintenance therapy with opioid agonists in Ukraine]. *Tavrycheskyy zhurnal psykhyyatryy*, 14, 3(52), 60-67.
- Dvoriak, S. V. (2011). Problemy orhanyzatsyy medytsynskoi pomoshchy potrebyteliam injektsyonnykh opyoyidov [Problems of organization of medical care for injecting opioid drug users]. *Tavrycheskyy zhurnal psykhyyatryy*, 15, 1(54), 60-65.
- Dvoriak, S. V. (2013). Osobennosty lecheniya tuberkuleza u bolnykh opioyidnoi zavisimostju [Features of treatment of tuberculosis in patients with opioid dependence]. *Psykhichne zdorovya*, 1 (38), 40-45.
- Dvoriak, S. V., Chtenguelov, V. V. (2007). Chto meshaet vnedreniyu zamestytelnoi terapiyi v Ukrainy [What prevents implementation of substitution therapy in Ukraine]. *Psykhichne zdorovya*, 2, 41-48.
- Dvoriak, S. V., Chtenguelov, V. V. (2009). Otsinka efektyvnosti prohram zamisnoyi pidtrymuval'noi terapiyi buprenorfinom [Evaluation of the effectiveness of substitution maintenance therapy with buprenorphine]. *Vsesvit sotsialnoi psykhyyatryy, medychnoi psykhohohyy ta psykhsomatychnoi medytsyny*, 1 (1), 46-53.
- Dvoriak, S. V., Karachevskiy, A. B. (2011). Likuvannia depresyvnnykh rozladiv u zaleznykh vid opioyidiv na pidtrymuval'niy terapiyi buprenorfinom [Treatment of depressive disorders in opioid-dependent patients on maintenance therapy with buprenorphine]. *Psykhichne zdorovya*, 3 (32), 49-56.
- Dvoriak, S. V., Prib, H. A., Chtenguelov, V. V. (2009). Zamisna pidtrymuval'na terapiya dlia narko-zaleznykh v Ukraini [Substitution maintenance therapy for drug dependent people in Ukraine]. *Vsesvit sotsial'noi psykhyyatryy, medychnoi psykhohohyy ta psykhsomatychnoy medytsyny*, 1, 2 (2), 35-40.
- Dvoriak, S. V., Prib, H. A., Chtenguelov, V. V. (2011). Shliakhy vprovadzhennya zamisnoyi pidtrymuval'noi terapiyi dlia likuvannia opioyidnoi zalezhnosti [Ways of implementation of substitution maintenance therapy for treatment of opioid dependence]. *Psykhichne zdorovya*, 4(33), 51-60.
- Dvoryak, S., Grishayeva, I. (2008). First Experience of Opioid Therapy with Buprenorphine in Ukraine. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 10 (1), 31-35.
- Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 65(3), 283-90.
- Feshchenko, I.Yu., Viyevskiy, A. M. (2011). *Problemy intehtatsiyi prohram dlya nadannya spetsializovanoi medychnoyi dopomohy khvorym na VIL/SNID, tuberkul'oz ta narkotychnu zalezhnist'* [Integration problems of programs for the provision of specialized medical care for people with HIV / AIDS, tuberculosis and drug dependence]. *Ukrayins'kiy pul'monohichnyy zhurnal*, 5-13. Retrieved from: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/11/pdf11-1/5.pdf>.
- Guise, A., Seguin, M., Mburu, G., McLean, S., Grenfell, P., Islam, Z., Filippovych, S., Assan, H., Low, A., Vickerman, P., Rhodes, T. (2017). Integrated opioid substitution therapy and HIV care: a qualitative systematic review and synthesis of client and provider experiences. *AIDS Care*, 29(9), 1119 - 1128.
- Kabinet Ministriv Ukrainy. (2001). *Pro Prohramu profilaktyky VIL-infektsiyi/SNIDu na 2001-2003 roky* [Program on HIV / AIDS prevention for 2001-2003]. Zatverdzheno Postanovoiu KMU vid 11.07.2001 za №790.
- Lawrinson, P., Ali, R., Dvoryak, S. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103 (9), 1484-1092.
- Mazhnaya, A. M., Islam, Z. (2015). Opioid substitution treatment in Ukraine: review of the peer-reviewed literature. *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*, 5(1), 1- 12.

- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689 - 95.
- Merser, D. E., Vudi, Dzh. (2001). *Indyvidual'ne konsultuvannya narkozaleznykh* [Individual counseling for drug dependent people].
- Ministerstvo okhorony zdorovya Ukrainy. (1998). *Unifikovani standarty narkologichnoyi dopomohy naselenniu v likuvalno-profilaktychnykh zakladakh Ukrainy* [Unified standards of narcological aid to population in health care settings in Ukraine]. Nakaz MOZ Ukrainy № 226 vid 27 lypnia 1998 r.
- Morozova, O., Dvoriak, S., Pykalo, I., Altice, F. L. (2017). Primary healthcare-based integrated care with opioid agonist treatment: First experience from Ukraine. *Drug Alcohol Depend*, 173, 132 - 138.
- Morozova, O., Dvoryak, S., Altice, F. L. (2013). Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *International Journal Drug Policy*, Issue 6, e91 - e98. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.09.001.
- Natsional'nyy komitet z profilaktyky narkomaniyi ta zakhvoryuvannya na SNID (1995 - 1996). *Zbirnyk materialiv p'yatoyi ta shostoyi sesiy* [Collection of materials for the fifth and sixth sessions]. Stenohrama vystupiv 19-20 hrudnya 1995 r., Kyiv; 5 hrudnya 1996 p., Odesa.
- Nikolai M. Misiya z otsinky sytuatsiyi shchodo zamisnoyi terapiyi [Mission to assess the situation with substitution therapy]. Ukraina. 21 - 27 zhovtnya 2001. Manuscript, Ne opublikovano.
- Reardon, C. (2014). Medication-Assisted Treatment: A Tool to Support Addiction Recovery. *Social Work Today*, 14 (5), 30. Retrieved from: <http://www.socialworktoday.com/archive/091514p30.shtml>.
- Roman, P. M., Abraham, A. J., & Knudsen, H. K. (2011). Using medication-assisted treatment for substance use disorders: evidence of barriers and facilitators of implementation. *Addictive Behaviors*, 36(6), 584 - 589.
- SAMHSA (2017). *HIV, AIDS, and Viral Hepatitis*. Retrieved from: <https://www.samhsa.gov/hiv-aids-viral-hepatitis>.
- Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., Uchtenhagen, A. (2010). Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine. , 2 *Int J Drug Policy* 1(3), 229 - 33.
- Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., Uchtenhagen, A. (2009). Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes. *Eur Addict Res*, 15(3), 157 - 62. doi: 10.1159/000217586.
- Tsentr hromads'koho zdorovya Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy. (2017). *Zakhvoryuvannya ta informatsiya. Opioidna zalezhnist'*. Statystyka ZPT [Diseases and information. Opioid dependence. SMT statistics]. Retrieved from: https://phc.org.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs.
- Volkow, N. D., Frieden, T. R., Hyde, P. S., & Cha, S. S. (2014). Medication-assisted therapies: tackling the opioid overdose epidemic. *The New England Journal of Medicine*, 370(22), 2063 - 2066.
- World Health Organization. (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Retrieved from: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/>.
- World Health Organization. (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Retrieved from: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/.
- World Health Organization. (2013). Opioid treatment in Ukraine risks losing momentum. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 87 - 88. doi: 10.2471/BLT.13.020213.
- Zaller, N., Mazhnaya, A., Larney, S., Islam, Z., Shost, A., Prokhorova, T., et al. (2015). Geographic variability in HIV and injection drug use in Ukraine: Implications for integration and expansion of drug treatment and HIV care. *Int J Drug Policy*, 26(1), 37-42.

Дослідження соціальних феноменів

УДК 346.614(477)

ЗДОРОВ'Я ТА (НЕ)ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА УКРАЇНСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ НАЦІОНАЛЬНОГО РЕПРЕЗЕНТАТИВНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ «ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА»

HEALTH AND (NOT)HEALTHY BEHAVIOR OF UKRAINIAN POPULATION: RESULTS OF
THE NATIONAL REPRESENTATIVE SURVEY «HEALTH INDEX. UKRAINE»

Юлія Барська

старший викладач Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Julia Barska

Senior Lecturer, School of Public Health, National University of Kyiv Mohyla Academy

 orcid.org/0000-0001-5243-1716

Тетяна Степурко

доктор філософії в управлінні в охороні здоров'я, доцент Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Tetiana Stepurko

PhD (Health Management), Associate Professor, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy

 orcid.org/0000-0001-8267-1585

 stepurko12@gmail.com

Тетяна Семігіна

доктор політ. наук, професор кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці соціальних відносин і туризму

Tetyana Semigina

Dr. in Political Science, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0001-5677-1785

Вікторія Тимошевська

директорка Програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження»

Victoriia Tymoshevska

Director of Public Health program initiative, International Renaissance Foundation

Анотація

У цій статті представлено частину результатів дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 2017 року щодо суб'єктивного оцінювання населенням України свого здоров'я, готовність про нього піклуватися та щодо розуміння того, яку поведінку можна вважати здоровою. Друга хвиля опитування проведена у травні-червні 2017 року. Загалом було опитано 10 205 респондентів. Опитування представників домогосподарств відбувалось за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю.

Результати дослідження свідчать, що населення України схильне до позитивних оцінок власного здоров'я: 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим. Найменшою ця частка була у Сумській області (27,7%), а найбільшою - у Луганській (58,7%). Лише 14,6 % вважають його поганим або дуже поганим. Вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою та доходом. При цьому 39,2% респондентів сказали, що мають хронічні або довготривалі захворювання, 6,6% опитаних мали офіційно встановлену інвалідність. Поширеність куріння становила 23,9% (7,7% серед жінок і 39,6% серед чоловіків); 8,6% опитаних вживали алкоголь надмірно протягом минулого року (17,5% чоловіків і 1,7% жінок); 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Abstract

This paper presents selected findings of the study «Health Index. Ukraine» conducted in 2017, in particular we focus here on the subjective assessment of health in Ukraine and willingness to take care of personal health. Also, the self-esteem of health varies largely between different socio-demographic groups as the social gradient of health and linked to it healthy behavior are considered as the important final indicators of health policy and health care system performance.

The second wave of the survey was conducted in May-June 2017. The sample is representative for the adult population (18+ years) of Ukraine as a whole, as well as for each oblast of Ukraine and Kyiv city. In total, 10,205 respondents were interviewed and the personal face-to-face interviews were conducted by the qualified interviewer. Depending on personal experience, respondents were asked maximum of 200 questions related to the assessment of their own health, the perception of the health system, the consumption of medical assistance and pharmaceuticals as well as related to it out-of-pocket payments.

People provide mostly positive assessments to their health: 46.5% of respondents considered their health to be good or very good. This share is the smallest in the Sumy region (27.7%), and the largest in Luhansk region (58.7%). Still, 14.6% consider their health bad or very bad. A higher self-estimation of health is noticed among men, younger people, urban area citizens and among people with higher education and income. At the same time, 39.2% of respondents confirm of presence of chronic or long-term conditions and 6.6% of the respondents had a formally certified disability. Concerning the unhealthy behavior, the prevalence of smoking is 23.9% (7.7% for women and 39.6% for men); 8.6% of respondents consume excessively alcohol during the past year (17.5% of men and 1.7% of women) and 55.6% of the respondents are overweight and obese.

Ключові слова:

самооцінка здоров'я, детермінанти здоров'я, куріння, вживання алкоголю, вакцинація дітей.

Key words:

self-assessment of health, determinants of health, smoking, alcohol use, vaccination of children

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
10.02.2018

Рецензований: 18.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 10.03.2018

Прийнятий до друку:
15.03.2018

Monitoring changes in subjective perception of health and unhealthy behavior across the regions and the country is important for evidence-based decision-making. So, managers and all other parties involved in policy-making at the national and local levels are enabled with the instruments to assess and reconsider their further program and activities.

Вступ

2017 рік в Україні був визначним, адже вперше за весь час незалежності прийнято ключові закони щодо медичної реформи. Це означає, що нарешті покладено початок не косметичним, а фундаментальним змінам у галузі охорони здоров'я України. Серед них - запровадження принципу вільного вибору пацієнтом лікаря і лікувального закладу, перехід на фінансування наданої медичної послуги і скасування державного утримання ліжкомісць (основи старої радянської моделі Семашко). Такі зміни мають принципове значення для ключової цілі системи охорони здоров'я - покращення здоров'я людей, більше того - саме здоров'я сучасні науковці вважають однією з головних складових сталого розвитку суспільства та забезпечення добробуту в суспільстві [11; 17].

Для відстеження змін стану здоров'я людей в регіоні чи країні важливо мати інструментарій, завдяки якому управлінці галузі охорони здоров'я та всі, хто долучається до формування політики на національному та місцевому рівнях, можуть оцінити вплив реформи на пацієнтів і громаду. В Україні таким інструментом, на нашу думку, є дослідження «Індекс здоров'я. Україна», започатковане у 2016 році завдяки фінансовій підтримці Міжнародного фонду «Відродження» як масштабне опитування представників домогосподарств.

При розробленні методології дослідження ми черпали натхнення з Європейського індексу споживачів охорони здоров'я [13], який дає змогу впродовж тривалого часу (з 2006 року) порівнювати розвиток системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу та визначати найоптимальніший шлях для подальшого поступу, а також канадський досвід проведення подібного дослідження [16].

Загальна мета нашого дослідження полягає у вивченні ставлення людей до медичної допомоги, задоволеності нею та дотичними до здоров'я людей аспектами. Перша хвиля дослідження «Індекс здоров'я. Україна», репрезентативного для країни в цілому та для кожної області, було проведено 2016 року [7]. У 2017 році проведено другу хвилю такого опитування.

З огляду на епідеміологічні виклики в Україні особливу увагу в дослідженні було звернено на знання симптомів різних захворювань і на особливості поведінки щодо здоров'я, зокрема щеплення. Щеплення від основних інфекцій є доведено ефективним способом контролю та викорінення інфекцій, що загрожують життю, однак протягом останнього десятиріччя в Україні не було досягнуто потрібного рівня вакцинації [18].

Ми також зважали на те, що куріння, вживання алкоголю, надмірна вага, неправильне харчування і недостатня фізична активність вважаються основними поведінковими детермінантами багатьох хронічних та неінфекційних хвороб у сучасному світі [14]. Це ті фактори, на які кожен може вплинути самостійно, і, усунувши які, можна запобігти значній частці інвалідності та передчасних смертей.

У цій статті представлено частину результатів дослідження 2017 року щодо суб'єктивного оцінювання населенням України свого здоров'я, готовності про нього піклуватися та щодо розуміння того, яку поведінку можна вважати здоровою. При виокремленні цієї тематики в окрему публікацію ми керувались тим, що самооцінка здоров'я населенням, а також розподіл цієї самооцінки здоров'я між різними соціально-демографічними групами, соціальний градієнт здоров'я, здорова поведінка розглядаються як важливі кінцеві індикатори політики та системи охорони здоров'я [2-4].

Методологія

Друга хвиля опитування була проведена у травні-червні 2017 року. В 2017 році, так само як і в 2016, збір даних здійснював Київський міжнародний інститут соціології (KMIC).

Вибірка, розроблена для дослідження, є репрезентативною для дорослого населення (віком 18 років і старше) України в цілому, а також для кожної області України та м. Києва. Дослідження проводилось за багатоступінчастою вибіркою, випадковою на кожному етапі відбору. На першому етапі формування вибірки у межах кожної області випадковим чином були відібрані населені пункти пропорційно до кількості їхнього населення. Другий етап передбачав випадковий відбір виборчих діляниць на території обраних населених пунктів. На території кожної з відібраних діляниць випадковим чином відбирались вулиці, будинки та квартири. Останнім етапом був відбір респондента в межах домогосподарства і безпосереднє проведення опитування. Отримані дані зіставлялись із оціночними даними Державної служби статистики щодо питомої ваги окремих статевовікових груп у структурі населення України (станом на 1 січня 2017 року).

Загалом було опитано 10 205 респондентів з 10 162 домогосподарств (середній розмір домогосподарства - 2,9 людини). До остаточного масиву увійшли 10 184 інтерв'ю. Теоретична похибка вибірки для масиву в цілому становить 1,0%.

Розподіл респондентів дослідження за демографічними характеристиками представлено у табл. 1.

Табл. 1. Розподіл респондентів за ключовими демографічними характеристиками

N = 10 184		Опитані в «Індексі здоров'я»	
		Чисельність (n)	Відсоток (%)
Вікові групи	18-29 років	1992	19,6
	30-44 років	2841	27,9
	45-59 років	2621	25,7
	60 та старші	2730	26,8
Стать опитаних	Жінки	5583	54,8
	Чоловіки	4601	45,2
Рівень освіти	Початкова / неповна середня	418	4,1
	Повна середня загальна	1992	19,6
	Професійно-технічна	2008	19,7
	Середня спеціальна / Неповна вища	2909	28,6
	Базова вища	476	4,7
	Повна вища	2373	23,3
Тип населеного пункту	Міська місцевість ¹	7017	68,9
	Сільська місцевість	3167	31,1

¹ До міських населених пунктів належать міста та селища міського типу

Він відповідає даним офіційної статистики [6]. Серед загальної кількості опитаних 55% становили жінки, 45% — чоловіки. Чверть опитаних (27%) — особи віком понад 60 років. Працюючі становили 48% серед усіх опитаних, із них 4% самозайнятих, працюючі пенсіонери — 1,6%. До категорії непрацюючого населення входили пенсіонери (28%), безробітні (5%), домогосподарки та інші непрацюючі, які не шукають роботу (11%), студенти (3%) та непрацездатні особи (3%).

Опитування проводилось у 476 населених пунктах України (на територіях, підконтрольних уряду України).

Опитування представників домогосподарств відбувалось за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю. Залежно від їхнього досвіду респондентам ставили до 200 запитань, які стосувалися оцінки проблем у системі охорони здоров'я, важливості різних аспектів медичної допомоги для людей особисто; задоволеності роботою різних рівнів медичної допомоги; поведінки людини у випадку поганого самопочуття та досвіду звернення по амбулаторну чи стаціонарну медичну допомогу; оцінки власного здоров'я та деяких характеристик способу життя. В опитувальнику здебільшого використано закриті запитання за винятком кількох відкритих питань щодо діагнозу респондента, які пізніше були закодовані.

Для аналізу даних дослідження використано програму SPSS.

Результати дослідження

Самооцінка стану здоров'я

Оцінка стану свого здоров'я респондентами була визначена за відповіддю на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?». На це питання відповіло 99,4% усіх респондентів (N = 10 123), з них 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим, ще 38,9% — посереднім. Кожний восьмий учасник опитування визначив своє здоров'я як погане (12,3%) і тільки 2,3% — як дуже погане (рис. 1).

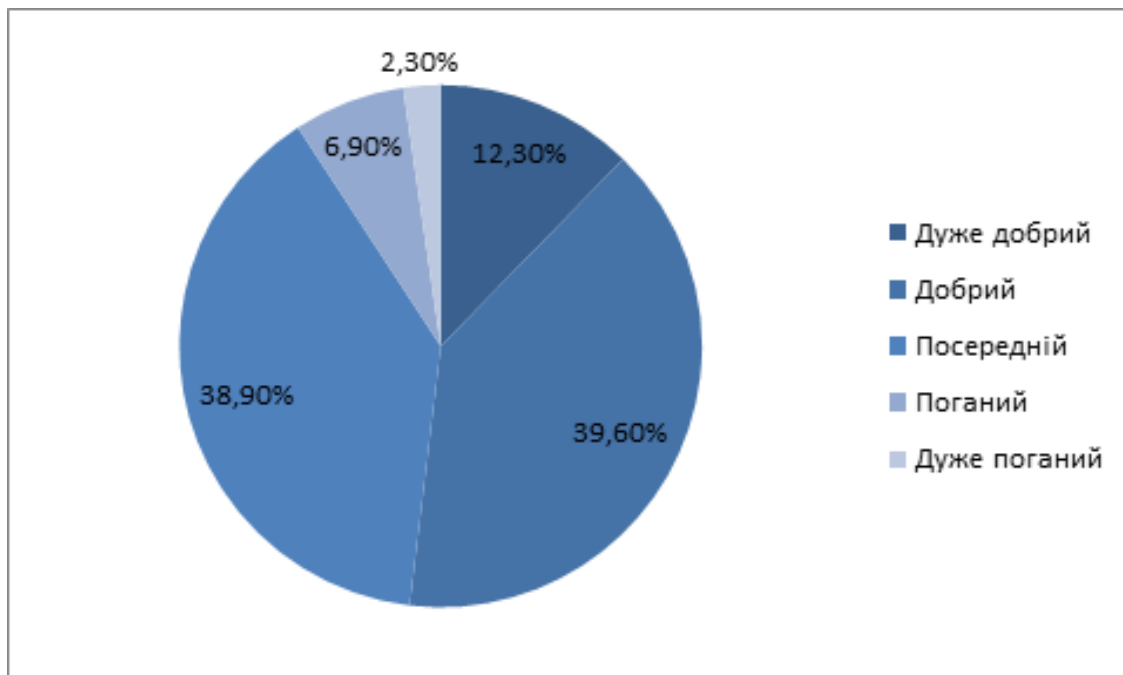


Рис. 1. Загальний розподіл відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?»

Найкраще стан свого здоров'я оцінили мешканці Луганської області (59% як добрий або дуже добрий), а також міста Києва (56%), Хмельницької (54%), Вінницької (53%) та Луганської областей (51%). Найгірше стан свого здоров'я оцінили мешканці Сумської області (28% як поганий або дуже поганий), а також Рівненської (36%), Чернігівської (36%), Житомирської (38%), Тернопільської (38%) та Черкаської областей (39%) (рис.2).

За соціально-демографічними характеристиками вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки (55% проти 40% серед жінок), люди молодшого віку (79% проти 14% серед людей старших за 60 років), містяни (48% проти 42%) та люди з вищою освітою (58% проти 40%) (табл.2).

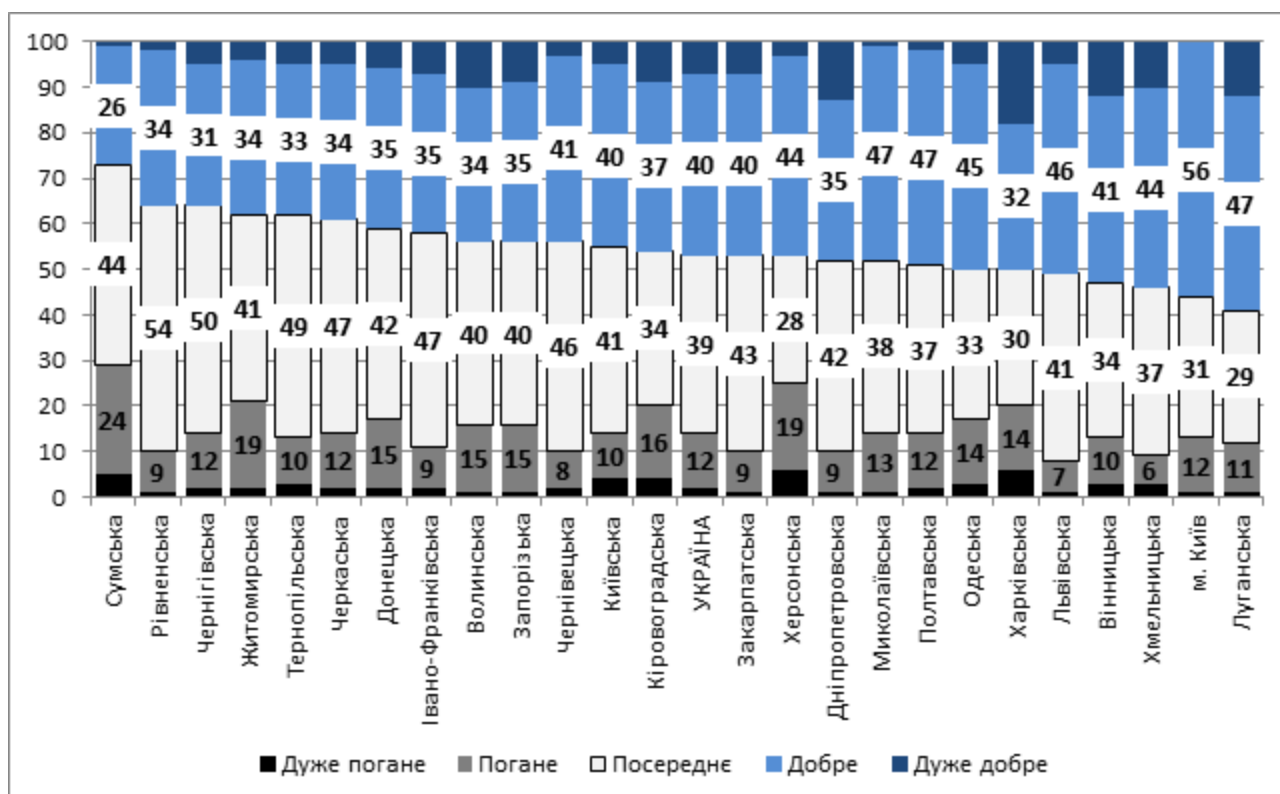


Рис. 2. Регіональний розподіл відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?» (%).

Водночас привертає увагу факт поширення хронічних або довготривалих захворювань. На питання «Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі захворювання?» відповіли 10 000 респондентів (98,2%). З них 39,2% сказали, що мають такі. Частка респондентів з хронічними або довготривалими захворюваннями виявилась найбільшою в мешканців Черкаської області (61,6%) і найменшою - в мешканців Закарпаття (19,1%) (рис.3). Про наявність хронічних або довготривалих захворювань частіше повідомляли жінки (46% проти 31% чоловіків), люди старшого віку (71% проти 14% віком 18 - 29 років та 22% віком 30 - 44 роки) і особи з середньою загальною освітою (50% проти 33% людей з вищою освітою). За типом місцевості статистично значущої різниці не було (39% у міській та 40% у сільській місцевості).

Табл. 2. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?» (дуже добре та добре згруповані в одну категорію «добре», аналогічно й дуже погане та «погане»)

		Погане		Посереднє		Добре	
		N	%	N	%	N	%
Загалом		1477	14%	3933	39%	4713	47%
Вікові групи	18-29 років	23	1%	404	20%	1555	79%
	30-44 років	95	3%	903	32%	1830	65%
	45-59 років	368	14%	1301	50%	938	36%
	60 та старші	992	37%	1324	49%	390	14%
Стать опитаних	Жінки	1022	18%	2317	42%	2213	40%
	Чоловіки	455	10%	1616	35%	2500	55%
Рівень освіти	Початкова / неповна середня	196	47%	166	40%	54	13%
	Повна загальна середня	379	19%	812	41%	792	40%
	Професійно-технічна	315	16%	828	41%	854	43%
	Середня спеціальна / Неповна вища	353	12%	1195	42%	1337	46%
	Базова вища	30	7%	132	28%	309	65%
	Повна вища	201	8%	797	34%	1365	58%
Тип населеного пункту	Міська місцевість ¹	986	14%	2616	38%	3378	48%
	Сільська місцевість	491	16%	1317	42%	1336	42%

¹ До міських населених пунктів належать міста та селища міського типу

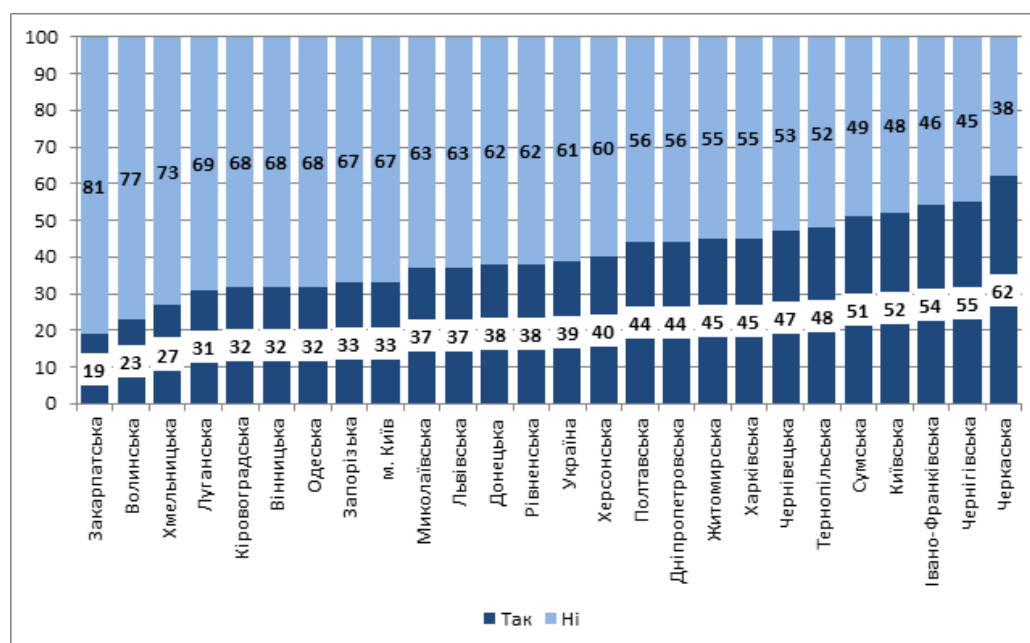
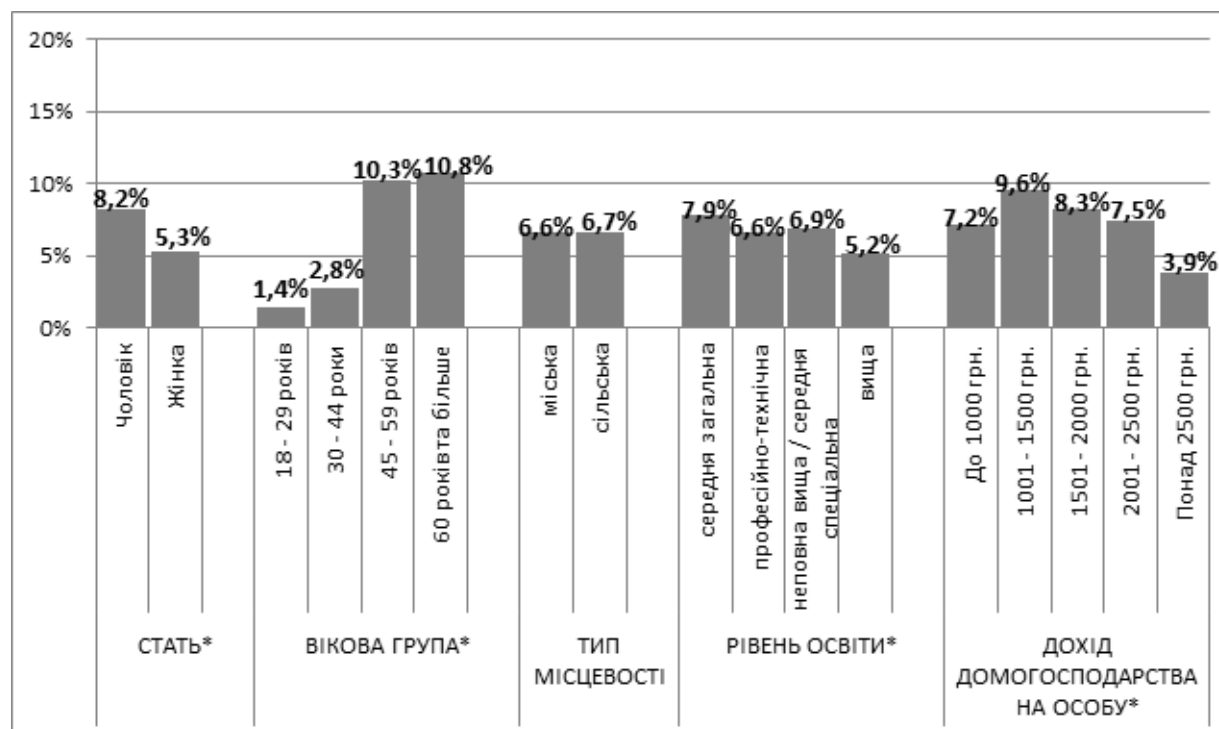


Рис. 3. Регіональний розподіл відповідей на питання «Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі захворювання?» (%).

На питання про офіційно встановлену інвалідність дали відповідь 99,8% респондентів (N = 10 161). З них 6,6% відповіли ствердно. Найбільшою частка опитаних з офіційно встановленою інвалідністю є серед жителів Івано-Франківської області (13,2%), найменшою - серед мешканців Волинської області (2,7%). Розподіл відповідей за соціально-демографічними характеристиками представлено на рис. 4. Інвалідність частіше мають люди старшого віку, чоловіки, особи з нижчим рівнем освіти та нижчим рівнем доходів. За типом місцевості статистично значущої різниці не виявлено.



* Різниця між групами статистично значуща

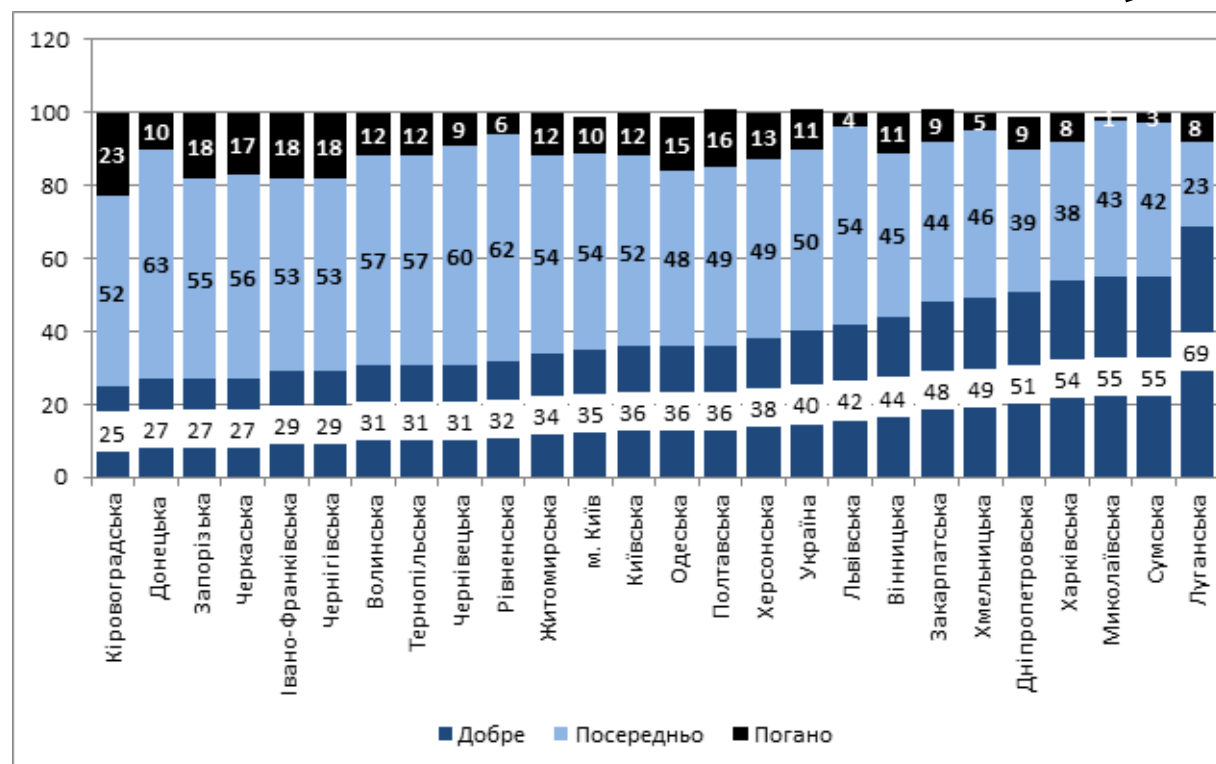
Рис. 4. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?»

Готовність піклуватися про здоров'я

На питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?» відповіло 96,8% опитаних (N = 9 861). Половина респондентів сказали, що піклуються про своє здоров'я посередньо (49,7%), і ще третина - що піклуються скоріше добре (33,5%). Лише кожний десятий опитаний зазначив, що піклується про власне здоров'я скоріше погано (8,0%) або зовсім не піклується (2,8%); 6,1% вказали, що піклуються про власне здоров'я дуже добре.

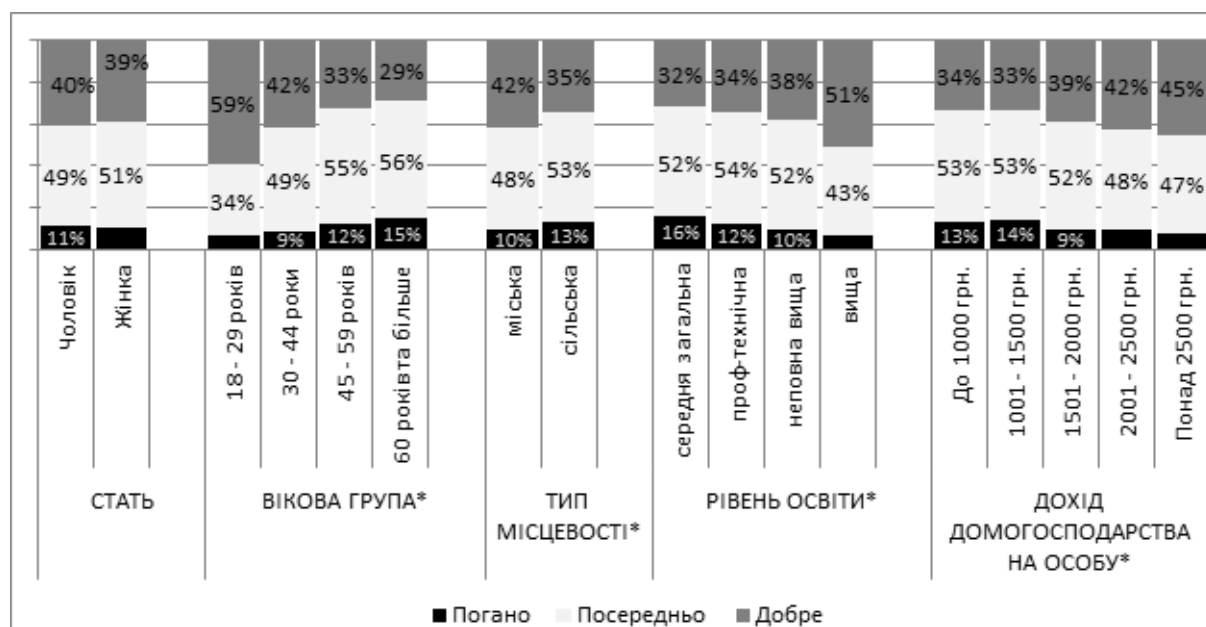
Найбільша частка опитаних вказала, що піклується про своє здоров'я добре або дуже добре, у Луганській області (69% разом). Найбільша частка опитаних сказала, що піклується про своє здоров'я скоріше погано або зовсім не піклується, у Кіровоградській області (23% разом) (рис.5).

Вище піклування про своє здоров'я оцінили молодші люди, містяни, люди з вищою освітою та вищим доходом (рис. 6). Між чоловіками і жінками не було статистично значущої різниці у оцінці піклування про своє здоров'я.



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 5. Регіональний розподіл відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?»



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 6. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?»

Водночас слід звернути увагу на певну екстерналізацію, перенесення відповідальності за своє здоров'я на зовнішні чинники: 94,4% респондентів (N = 9 615) змогли визначитися з відповіддю на питання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (можна було обрати до трьох варіантів відповідей). Серед таких факторів найчастіше респонденти називали психологічну напругу (38,9%) та економічні проблеми (30,8%) або обирали інші чинники, на які складно вплинути самостійно, приміром, стан навколишнього середовища (25,8%) та умови праці (14,3%). Ще 7,4% респондентів посилалися на спадковість. Проте значні частки також припали на чинники способу життя - неправильне харчування (20,6%), шкідливі звички (16,7%), нестача фізичного навантаження (5,0%) та неувважність до самого себе (21,4%). Також 7,8% опитаних зазначили неякісне лікування у медичних закладах як причину поганого здоров'я; 10,6% опитаних вважали, що нічого не впливає негативно на їхнє здоров'я (рис. 7).

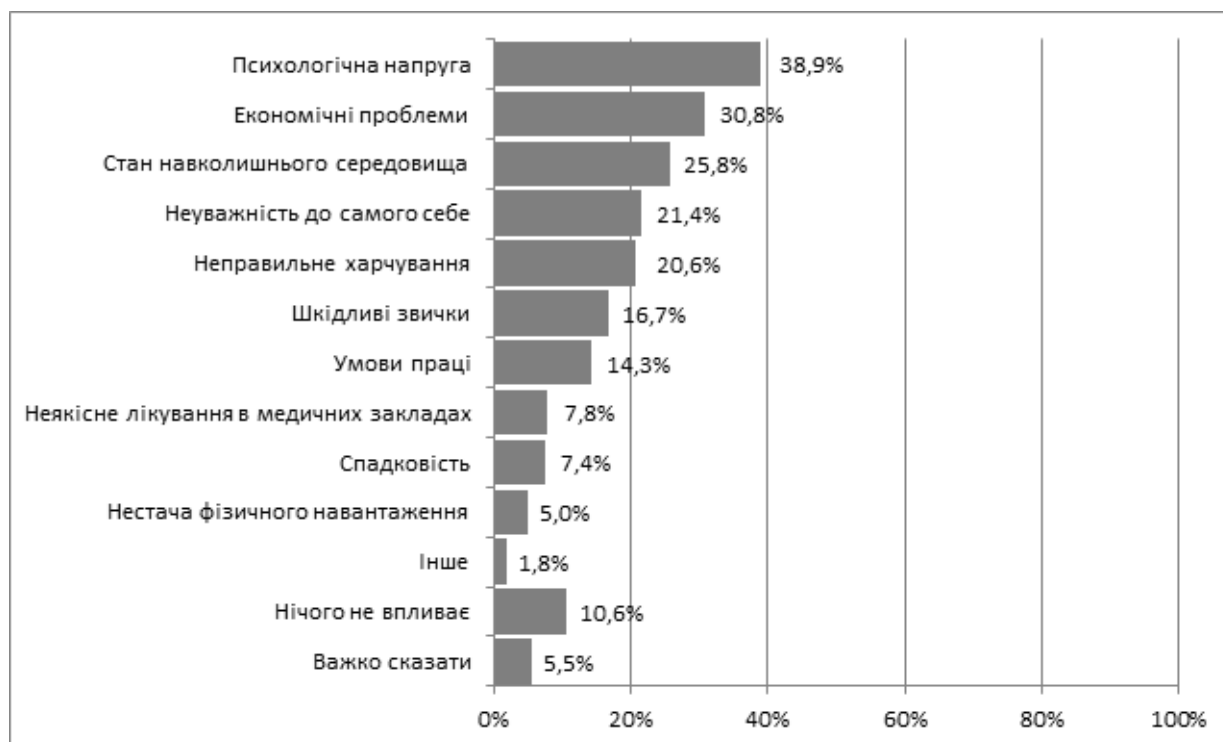


Рис. 7. Загальний розподіл відповідей на питання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповідей).

Турбота про здоров'я виявляється у певних профілактичних діях, зокрема, через проходження вакцинації. У цьому дослідженні питання про ставлення і досвід щеплень ставили тільки тим респондентам, які мали дітей до 18 років і знали про їхній стан здоров'я. Таких загалом було 3 102.

Результати дослідження засвідчують, що 21,1% батьків відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень своєї дитини; 5,1% батьків відмовлялися від щеплень медичні працівники; 3,8% батьків зверталися за фіктивною довідкою про наявність щеплення в дитини; 47,0% батьків серед тих, що мають дітей віком до 6 років, зіштовхувалися з браком вакцин. Майже половина батьків з тих, які коли-небудь відмовлялися від щеплення своєї дитини (48,8%), робили це через страх ускладнень або інших негативних наслідків вакцинації.

Найбільша частка батьків, які ставилися до вакцинації негативно («скоріше негативно» або «дуже негативно»), мешкали у західних областях - Львівській (24,0%), Рівненській (23,6%), Івано-Франківській (21,3%), Тернопільській (18,0%). Найбільша частка батьків серед опитаних, які ставилися до вакцинації

позитивно («скоріше позитивно» або «дуже позитивно»), мешкали у східних і південних областях. У Сумській області частка таких батьків склала 97,1%; у Харківській - 95,6%, у Кіровоградській - 91,6%. За ними йдуть Миколаївська, Донецька, Херсонська та Полтавська області.

До вакцинації позитивно ставилась трохи більша частка жінок (74,8% проти 71,1% чоловіків). Люди з середнім рівнем частіше повідомляли про позитивне ставлення до вакцинації (78,0%), а серед людей з найвищим рівнем доходу була найменша частка тих, хто ставився до вакцинації позитивно (68,3%)

Детермінанти здоров'я

Поведінка респондентів щодо **куріння** визначалася з питань «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?» і, якщо так, то «Скільки сигарет в середньому Ви викурюєте зараз за день?». Всього 10 079 респондентів (99,0%) надали дані про їхній статус щодо куріння.

Три з чотирьох опитаних сказали, що наразі не курять (76,1%). Серед решти більшість курили помірно (9,5%) або багато (8,5%), але й 5,9% дорослих українців курили мало або нерегулярно.

Найбільша частка курців була серед мешканців Хмельницької області (32,8%); найменша - серед мешканців Рівненської області (14,0%) (рис.8).

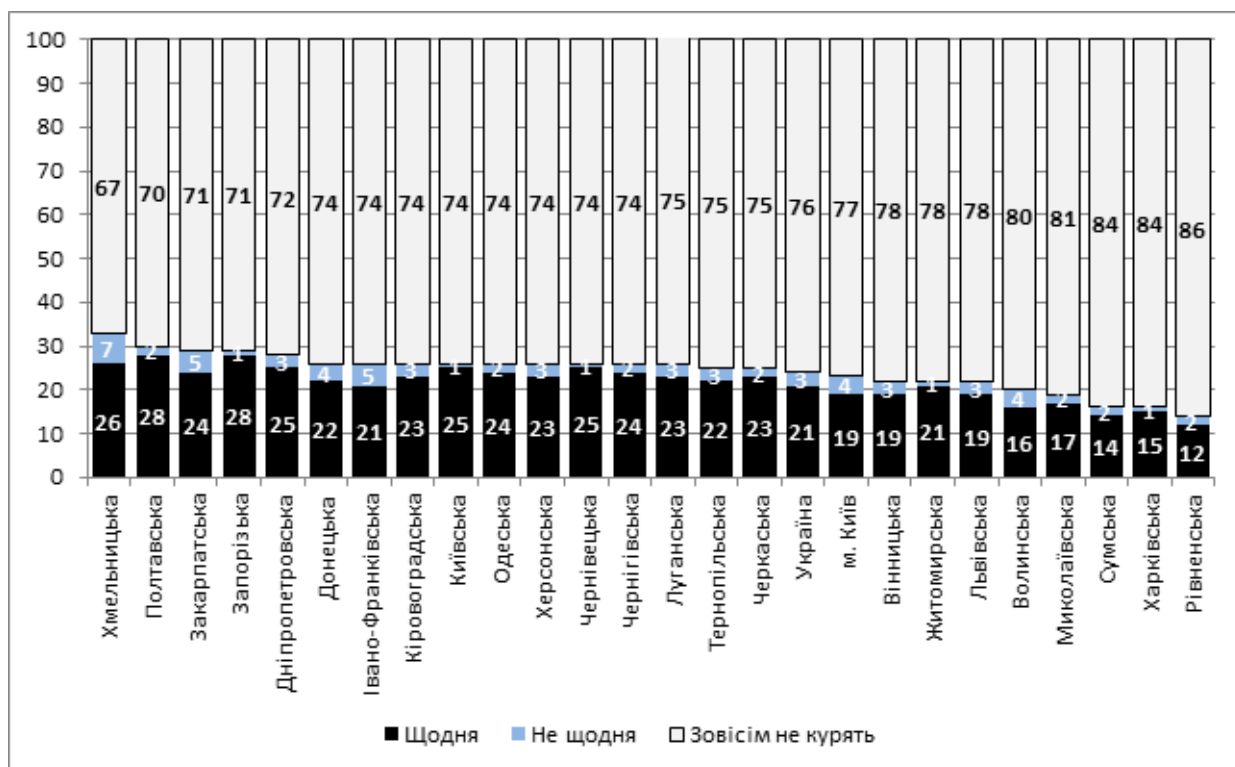


Рис. 8. Розподіл за областями відповідей на питання «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?» (%).

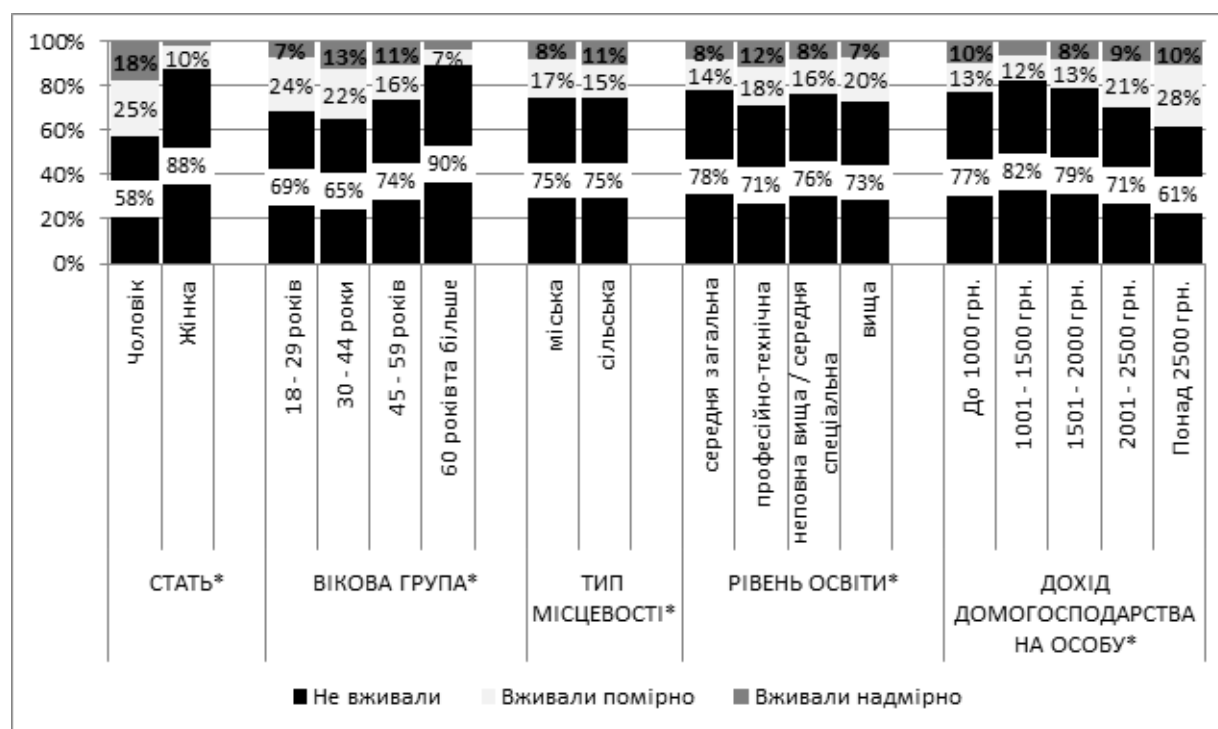
Серед чоловіків було майже у шість разів більше курців, ніж серед жінок (44,6% і 7,6%, відповідно), більшість курців становили люди віком до 60 років та респонденти з професійно-технічною освітою. Зі збільшенням доходу частка курців також зростала. Частки курців серед містян та селян були однаковими. За інтенсивністю куріння більша частка курців, які курили помірно або багато, була серед чоловіків, селян, зростала з віком (серед людей віком до 60 років), і зменшувалася зі збільшенням освіти і доходу.

Рівень вживання алкоголю був класифікований за кількома питаннями. Спочатку всім ставили питання: «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?». Потім тим, хто вживав алкоголь хоча би один раз на місяць протягом останнього року, ставили питання «Які саме алкогольні напої Ви вживали у типовий день? Скільки мілілітрів?».

Всього 9 671 респондентів (95,0%) відповіли на питання про вживання алкоголю. З них три четверті (74,7%) сказали, що не вживали алкоголь взагалі протягом останнього року або вживали його рідше, ніж раз на тиждень; майже десята частина (8,6%) повідомили про надмірне вживання алкоголю і 16,7% респондентів вживали алкоголь помірно протягом останнього року.

Найменше вживали алкоголь у Миколаївській області, а саме 97,8% респондентів протягом останнього року вживали його рідше, ніж раз на місяць, або не вживали взагалі. Найбільше - у Запорізькій області. Там майже половина респондентів (44,1%) вживала алкоголь регулярно протягом останнього року, і майже кожний п'ятий мешканець (17,1%) - надмірно.

Більша частка регулярних вживачів алкоголю була серед чоловіків (42,3% проти 12,0% серед жінок), людей середнього віку, з професійно-технічною освітою і вищим доходом. Містяни й селяни не відрізнялись за частотою тих, хто взагалі не вживав алкоголь протягом минулого року, проте серед містян виявлено більшу частку тих, хто вживав його надмірно (рис. 9).



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 9. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?»

Не менш важливою детермінантою здоров'я є наявність ожиріння. Тож, Індекс маси тіла був розрахований з відповідей на два питання: «Скільки кілограмів Ви важите?» та «Який Ваш зріст у сантиметрах?». З цих відповідей за стандартно формулою було обраховано індекс маси тіла (ІМТ) [12]. Всього 9 016 (88,5%) респондентів змогли назвати свій зріст і вагу. За даними опитування, двоє з п'яти дорослих українців мають нормальну вагу (42,0%). Ще двоє з п'яти опитаних мають надмірну вагу (36,5%), і

один з п'яти - ожиріння (19,1%). Лише 2,4% респондентів мали недостатню вагу. Тобто, 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Найбільша частка опитаних мала надмірну вагу або ожиріння у Запорізькій області (разом 72,0%), і найменша - у Хмельницькій області (разом 43,1%).

Найбільша частка респондентів мали ожиріння серед опитаних у Київській області (27,6%). Найбільшу частку осіб з недостатньою вагою можна було спостерігати у Закарпатській області (6,5%).

Частка респондентів з надмірною вагою та ожирінням збільшувалася з віком, а також була більшою для людей без вищої освіти та доходом домогосподарства до 2 500 грн. на особу, ніж для респондентів з вищою освітою і вищим доходом.

Рівень фізичної активності респондентів було оцінено за відповіддю на питання «Скільки часу на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності?». До фізичних навантажень середньої інтенсивності в опитувальнику було віднесено не тільки цілеспрямовані заняття спортом, а й ходіння пішки, їзда на велосипеді, робота в городі («так, щоб задихатися або спітніти»). Всього 7 938 респондентів (77,9%) відповіли на це питання.

З десяти респондентів п'ять мали фізичні навантаження середньої інтенсивності більше, ніж 1,5 год. на день (48,3%). Ще двоє (21,0%) мали зазвичай фізичні навантаження від 40 хв. до 1,5 год. на день, одна людина (8,2%) - від 20 до 40 хв. на день¹, і ще одна - до 20 хв. на день (12,1%). Тільки одна людина з десяти опитаних, за свідченнями самих респондентів, не мала взагалі фізичних навантажень середньої інтенсивності протягом дня або тижня (10,5%).

Найменше часу, за самоповідомленням, мали фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності респонденти у м. Київ (5 годин на тиждень) та Луганській області (6 год. на тиждень). Про найбільший час фізичних навантажень середньої інтенсивності повідомили мешканці Тернопільської області (майже 42 години на тиждень).

Про вищі рівні фізичних навантажень хоча б середньої інтенсивності повідомляли чоловіки, люди віком до 60 років, селяни і люди з нижчим рівнем доходів та середньою загальною або неповною вищою освітою.

Обговорення

Якщо порівнювати результати дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 2016 [7] та 2017 років, то можна побачити, що самооцінки здоров'я майже не змінились. Частка тих, хто оцінює власне здоров'я як дуже добре, у 2016 р. дорівнювала 6%, у 2017 році - 7%. Як добре своє здоров'я у 2016 році оцінювало 39% респондентів, у 2017 - 40%. Так само не змінилась частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане (12% і 2%, відповідно). Ці суб'єктивні оцінки певною мірою заперечують той факт, що офіційні показники тривалості життя в Україні є низькими, при цьому відставання від більшості розвинутих країн нарастає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків - майже 15 років [1].

Частка осіб, які повідомили про наявність хронічних або довготривалих хвороб, зменшилася на 3% - з 42,3% у 2016 році до 39,2% у 2017 році. Частка респондентів, які мали офіційно встановлену інвалідність, не зазнала суттєвих змін: 7,1% у 2016 році та 6,6% у 2017 році.

Порівняно з 2016 роком, частка щоденних курців зменшилася на 4% (з 25% до 21%). Відповідно частка людей, що не курить, збільшилася на ту саму величину. Проте частка осіб, які курять нерегулярно, не змінилася. Так само суттєво не змінилась частота вживання алкоголю у 2017 році порівняно з 2016 роком. Свою фізичну активність у 2017 році просили оцінити у часі на тиждень, а в 2016 році - у частоті фізичних навантажень. Жодних фізичних навантажень декларували 11% респондентів у 2016 році і 10,5% респондентів у 2016 році.

¹ Норма, рекомендована ВООЗ для дорослих: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/

Різниця у значеннях Індексу маси тіла (ІМТ) в 2016 і 2017 роках не було.

Проведене дослідження підтверджує тезу Щорічної доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України у 2016 році, підготовленої Міністерством охорони здоров'я України [8], про те, що поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Схожі результати представлені і у праці О. Циборовського [9].

Порівняно з 2016 роком, ставлення до вакцинації дещо покращилося: на 3% більше респондентів стали ставитися до вакцинації позитивно або дуже позитивно (71% у 2016 році і 74% у 2017 році).

Питання щодо піклування про своє здоров'я і уявлення про негативні впливи на здоров'я не ставилися в 2016 році. Проте співставлення отриманих у 2017 році результатів широкомасштабного опитування з результатами інших досліджень, проведених раніше [5], свідчать, що здоровий спосіб життя та його соціальна якість (як чинники, що залежать від самої людини) продовжують залишатися другорядними порівняно з зовнішніми чинниками, що не залежать від людини. Як і раніше, переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. Відтак нагальною видається потреба у розгортанні відповідної інформаційно-профілактичної роботи як на національному, так і на місцевих рівнях.

Якщо ж звернутися до результатів інших досліджень з цієї тематики - до самооцінювання здоров'я та здорового способу життя, то останнім часом міжнародні дослідження щодо самооцінки здоров'я фокусуються здебільшого на людях похилого віку [10; 20], оскільки їхній стан та відповідна потреба в допомозі створюють найбільше організаційних та фінансових викликів системі охорони здоров'я. Наприклад, у дослідженні людей старших 70 років [19] було виявлено, що найвищі оцінки своєму здоров'ю (від 1 - дуже добре самопочуття до 5) давали в Ірландії (середнє - 2,22), Швейцарії (2,26), Швеції (2,36), Великобританії (2,38), Бельгії, Нідерландах та Норвегії (2,41, 2,46 та 2,45 відповідно). Найменші оцінки помічені в Росії (3,76) та в Україні (3,74), як і в Угорщині (3,46), Латвії (3,45).

Щодо більш об'єктивного показника здоров'я та факторів ризику, яким є Індекс маси тіла, то аналіз даних Європейського соціального дослідження [19] демонструє наявність 45% опитаних з нормальною і 2% з заниженою вагою. На відміну від українського розподілу, більше чоловіків, аніж жінок мають надмірну вагу (45% проти 31%), але й надмірна вага серед мешканців сільської місцевості помічається частіше, аніж серед жителів міської місцевості (39% проти 31% з надмірною вагою й 17% проти 15% з ожирінням). Також у Чехії (45%), Угорщині (44%) та Литві (42%) помічено більше людей з надмірною вагою, а от у Великобританії (19%), Естонії (20%) та Словенії (21%) - з ожирінням. Найбільша частка людей з нормальною вагою мешкає в Швейцарії (54%), Данії (53%), Франції та Бельгії (51%).

Ця стаття представляє лише описові результати дослідження, однак для кращого розуміння патернів оцінювання власного здоров'я серед різних соціо-демографічних груп планується в подальшому застосувати аналітичні методи й розширити погляди на харчові та спортивні звички в родині. Наприклад, однією з подальших гіпотез може бути те, що надмірну вагу не можна вважати індивідуальною характеристикою, а натомість особливістю способу життя домогосподарства. Наприклад, П. Джіанантоні та В. Еджіді [15] стверджують, що родина є важливою для вкорінення та поширення поведінки щодо здоров'я, й ілюструють це твердження результатами емпіричного дослідження. На основі аналізу фізичної та психічної компонент, а також низької самооцінки здоров'я, використаних у багатоблаговому аналізі, вони підтвердили наявність взаємного впливу людей одне на одного в одному домогосподарстві.

Висновки

Населення України схильне до позитивних оцінок власного здоров'я: 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим. Найменшою ця частка була у Сумській області (27,7%), а найбільшою - у Луганській (58,7%). Лише 14,6 % вважають його поганим або дуже поганим. Вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою та доходом. При цьому 39,2% респондентів вказали на наявність хронічних або довготривалих захворювань; 6,6% опитаних мали офіційно встановлену інвалідність.

Опитування засвідчило, що населенню України притаманна нездорова поведінка. Поширеність куріння становила 23,9% (7,7% серед жінок і 39,6% серед чоловіків); 8,6% опитаних вживали алкоголь надмірно протягом минулого року (17,5% чоловіків і 1,7% жінок); 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Українське населення схильне вважати, що добре піклується про власне здоров'я. Лише кожний десятий опитаний зазначив, що піклується про власне здоров'я скоріше погано (8,0%) або зовсім не піклується (2,8%). Але водночас чимало респондентів демонструвало необізнаність у питаннях здоров'я; 21,1% батьків відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень своєї дитини; 5,1% батьків відмовлялися від щеплень медичні працівники.

Найпершими причинами негативного впливу на своє здоров'я респонденти назвали психологічну напругу (38,9%) та економічні проблеми (30,8%). Водночас на чинники, що залежать від самої людини, респонденти вказували значно рідше.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. С. 12-33.
2. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні // Демографія та соціальна економіка. 2007. № 1. С. 12-27.
3. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. Київ: вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013. 400 с.
4. Семигіна Т. В., Осейчук О. Ю. Політика зменшення несправедливості в охороні здоров'я: популізм, прагматизм чи суспільний консенсус? // Наукові записки НаУКМА. 2016. Вип. 186 (Політичні науки). С. 38-42.
5. Семигіна Т., Романова Н., Белишев О. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя // Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. 2010. № 3. С. 139-149.
6. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств): Статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2016. С. 9.
7. Тимошевська В., Захожа В., Степурко Т., Шевченко М., Юрочко Т. Індекс здоров'я. Україна. Київ, 2016. 165 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
9. Ціборовський О.М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) // Україна. Здоров'я нації. . 2015. № 2 (34). С. 13-19.
10. Arezzo M. F., Giudici C. Social capital and self perceived health among european older adults // Social Indicators Research. 2017. Vol. 130(2). P. 665-685.
11. Bennett B.I et al. Future-proofing global health: Governance of Priorities // Global Public Health. 2017 (published online). Doi: 10.1080/17441692.2017.1296172 (accessed at 8.02.2018).

12. Body mass index - BMI // World Health Organization. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (access at 1.02.2016).
13. Euro Health Consumer Index // Health Consumer Powerhouse. 2016 URL: <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015> (accessed at 10.03.2016).
14. Ezzati M. et al. Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors // Global Burden of Disease and Risk Factors / Lopez A.D. et al., eds. New York: Oxford University Press, 2006. P. 241-268.
15. Giannantoni P., Egidi V. Similarity of Perceived Health Between Household Members: The «Mutual Influences» Hypothesis // A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer, Cham, 2018. P. 133-154.
16. Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012 / Government of Canada. 2014. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/healthy-canadians-federal-report-comparable-health-indicators-2012.html> (accessed at 10.03.2016).
17. Hill P.S., Buse K., Brolan K.E., Ooms G. How can health remain central post-2015 in a sustainable development paradigm? // Globalization and Health. 2014. Vol. 10:18. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/18> (accessed at 8 of February, 2018).
18. Immunization in WHO regions // WHO. URL: <http://www.who.int/topics/immunization/en> (accessed at 10.03.2016).
19. Marques, S., Swift, H. J., Vauclair, C. M., Lima, M. L., Bratt, C., & Abrams, D. 'Being old and ill' across different countries: Social status, age identification and older people's subjective health // Psychology & health. 2015. Vol. 30(6). P. 699-714.
20. Palladino R., Tayu Lee J., Ashworth M., Triassi M., Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries // Age and ageing. 2016. Vol. 45(3). P. 431-435.

Рецензія

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ: ПІДХІД РЕЗИЛІЄНС

PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN THE CONTEXT OF EMERGENCY SITUATIONS: RESILIENCE APPROACH

Зоя Гаркавенко

Канд. психол. наук, доцент кафедри практичної психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, ст. наук. співробітник Українського науково-методичного центру практичної психології та соціальної роботи НАПН України

Zoya Harkavenko

PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Applied Psychology, National Pedagogical Drahomanov University; Senior Research Fellow, the Ukrainian Scientific and Methodological Center for Applied Psychology and Social Work of the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine

 orcid.org/0000-0001-6501-2019

 mudrayasova@bigmir.net

Рецензія на посібник:

*Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. / [Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко ; за заг. ред. Н. Гусак] ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НАУКМА, 2017. 92 с.
URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/11902/Academic%20Guide%20on%20Resilience.pdf?sequence=1>*

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
1.02.2018
Рецензований: 10.02.2018
Подано доопрацьовану
версію: 1.03.2018
Прийнятий до друку:
5.03.2018

Сучасний стан організації та забезпечення процесу надання соціально-психологічної допомоги населенню України можна охарактеризувати як доволі невизначений.

З одного боку, соціально-економічна ситуація в країні спричиняє збільшення кількості людей, які потребують допомоги різного характеру: соціальної, юридичної, психологічної, соціально-психологічної. За цієї тенденції у значній частини населення домінує патерналістський стереотип - переконання в тому, що «держава зобов'язана забезпечити» надання такої допомоги всім, хто опинився в складних життєвих обставинах. Розмитість та непевність уявлень про можливості самої людини та громади у вирішенні питань здійснення власного життя та організації соціальної підтримки спричиняють подекуди споживацький характер очікувань населення. Водночас, значне розширення спектру «послуг», апелю-

вання до потреб найуразливіших та маргіналізованих груп, поширення практики гуманітарної допомоги коштом міжнародних організацій поряд з позитивними результатами мають наслідками і соціально небажані ефекти. Нерідко бенефіціари проектів отримують лише короткотермінову вигоду, яка не призводить до суттєвого поліпшення якості їхнього життя; надання «послуги» чи певної ситуативної допомоги спричиняє зміцнення споживацьких настанов як у її отримувача, так і у решти населення, що потерпає від соціально-економічних негараздів, але не має доступу до таких додаткових ресурсів.

З іншого боку, організація адекватної потребам користувачів соціально-психологічної допомоги - це справжній виклик для професійної спільноти. Підтримуючи ідеї щодо ефективності роботи мультидисциплінарних команд і важливість міжсекторної взаємодії, представники різних професій, дотичних до цієї сфери діяльності, не мають орієнтирів для розробки єдиних підходів та стандартів надання допомоги. Неузгодженість та різноманітність базового понятійно-категоріального апарату, що застосовується надавачами соціальної й соціально-психологічної допомоги різним категоріям населення, фрагментованість та різновекторність системи підготовки соціальних працівників, практичних психологів та інших фахівців, непоодинокі випадки порушення етичних принципів соціально-психологічної допомоги, в тому числі застосування «сумнівного» інструментарію, що не має наукового обґрунтування, - все це актуалізує потребу зміцнення науково-методичної бази для соціальної роботи та практичної психології.

Рецензований навчально-методичний посібник якнайкраще відповідає цій потребі, охоплюючи одразу кілька важливих її складників: уточнення понятійно-категоріального апарату, розробка технології підготовки фахівця, презентація «надійного» інструментарію і сучасної джерельної бази.

Матеріал, запропонований авторами, дає змогу побачити систему надання соціальної допомоги у методологічному розрізі (підходи, що визначають характер та сутність діяльності учасників, наукове обґрунтування відмінностей цих підходів, значущі характеристики системи надання допомоги у підході резилієнс), і, водночас, розглянути технологічні й методичні аспекти діяльності фахівця з надання допомоги.

Окремо слід зупинитися на розглянутому авторами підході «резилієнс», що «відображає здатність підтримувати стабільну рівновагу, зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним сторонам, ресурсам та можливостям» (с. 22). Для сучасного світу, який вимагає від людини швидкої адаптації до умов існування, такий підхід є не тільки актуальним, але й, фактично, єдиним конструктивним шляхом забезпечувати життєспроможність. Проте, не зважаючи на тривалу історію застосування підходу «резилієнс» у світовій практиці, його впровадження в Україні навряд чи буде простим. Одним із ключових гальм у цьому процесі може виявитись неготовність частини фахової спільноти до зміни певних професійних стереотипів і навіть світоглядних настанов. Саме ставлення до надзвичайних ситуацій як до таких, що мають неочікуваний та короткотерміновий характер, спричиняє прагнення до «відновлення» стану, або «повернення» до системи взаємовідносин і внутрішнього балансу особистості, що передували катастрофічній події. Всупереч такій позиції, підхід «резилієнс» базований на усвідомленні невідворотності змін, розумінні змін як основи для розвитку життєвої ситуації людини й її особистості. Відтак надзвичайна ситуація може розглядатись як така, що сприяє «актуалізації ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад» (с. 43). Фактично, це переосмислення життєвої позиції, за якого зміни, подекуди болісні й травматичні, мають сприйматись як одна з невід'ємних характеристик сучасного життя. Досягнення таких світоглядних змін у фаховому середовищі та серед більшості населення потребує часу.

Важливий акцент у підході «резилієнс» робиться на інтеграції зусиль людини, родини, громади, що, на нашу думку, є дуже актуальним, особливо у світлі потужної волонтерської діяльності на користь допомоги постраждалим унаслідок військових дій на Сході України, а також почасти вдалих спроб державних організацій до об'єднання зусиль громадян та громад (об'єднані територіальні громади та процеси децентралізації). Відтак операціоналізація стратегій, запропонована у посібнику, може виступати

самостійним інформаційним блоком у просвітницькій роботі, а також слугувати основою для зміцнення людського потенціалу, відбудови громади і громадянського суспільства, напрацювання стратегій, що сприяють ініціативам з отримання прибутку.

Варто зазначити, що посібник може бути використаний одразу у кількох напрямках.

По-перше, як джерело ґрунтовної інформаційної бази щодо впливу надзвичайних ситуацій на людину, родину, громаду. Така інформація стане в нагоді як новачкам, студентам, які тільки починають опановувати професію, так і фахівцям, що вже мають певний професійний досвід. Не секрет, що відсутність у фахівця цілісного бачення чинників психологічних та соціально-психологічних проблем життєздійснення може призводити до фрагментації допомоги та її недостатньої ефективності. Проте інформаційні матеріали до занять, представлені у посібнику, уможливають формування цілісного уявлення про психологічні та соціально-психологічні феномени та розробку дієвих втручань. Ця інформація може бути корисною не тільки фахівцям, що безпосередньо працюють із клієнтами. Доречно її донесення до менеджерів соціальної сфери, керівників державних та місцевих органів влади, чий рішення впливають на розробку та впровадження місцевих та державних соціальних програм.

По-друге, матеріали посібника можна успішно використовувати як інструментальну основу для розробки індивідуальних програм соціально-психологічної підтримки та супроводу. За певного доопрацювання, сформульовані авторами навчальні завдання можуть виступати дороговказом у забезпеченні ефективної взаємодії фахівця і клієнта. Відтак рецензований матеріал можна пропонувати широкому колу фахівців для самостійного опрацювання.

По-третє, посібник є цінним методичним матеріалом, який слід рекомендувати викладачам кафедр соціальної роботи, практичної психології та інших напрямів професійної підготовки, що передбачають надання допомоги людям у складних життєвих обставинах.

Глосарій та списки джерел виступають самостійною, доволі ґрунтовною та вельми корисною частиною посібника.

З огляду на постійну потребу у поновленні навчально-методичної літератури та підвищенні рівня професійної підготовки фахівців соціальної сфери, можна вважати, що посібник «Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс» є суттєвим внеском у створення сучасної інформаційно-методичної бази для великого кола професіоналів, керівників, викладачів та студентів, а також представників державних і громадських організацій, що опікуються питаннями надання соціально-психологічної допомоги населенню України.

Програмні документи із соціальної роботи

ГЛОБАЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

GLOBAL DEFINITION OF SOCIAL WORK

У 2014 році Міжнародна федерація соціальних працівників (МФСП) та Міжнародна Асоціація шкіл соціальної роботи (МАШСР) ухвалили Глобальне визначення соціальної роботи (Global Definition of Social Work). Цей документ складається з двох частин - власне визначення й коментарі до нього, які витлумачують завдання, принципи, ключові теоретичні концепції соціальної роботи.

Global Definition of Social Work / IFSW, IASSW. 2014.

URL: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
5.02.2018

Рецензований:
15.02.2018

Прийнятий до друку:
01.03.2018

«Соціальна робота - це базована на практиці професія та академічна дисципліна, яка сприяє соціальним змінам та розвитку, соціальній згуртованості, активізації та звільненню людей. Центральне місце в соціальній роботі посідають принципи соціальної справедливості, прав людини, колективної відповідальності і поваги до різноманітності. Підкріплена теоріями соціальної роботи, соціальних і гуманітарних наук, а також місцевими знаннями, соціальна робота залучає людей і структури для вирішення життєвих проблем та покращення благополуччя.

Наведене вище визначення може бути посилене на національному та/або регіональному рівнях».

Коментарі до глобального визначення соціальної роботи

Коментарі розкривають основні поняття, що використовуються у визначенні, і деталізують їх відповідно до основних завдань і принципів професії «соціальна робота», її бази знань і практичної сфери діяльності.

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ

Основними завданнями професії «соціальна робота» є сприяння соціальним змінам, соціальному розвитку, соціальній згуртованості, а також наснаженню і звільненню (розширенню свобод) людей.

Соціальна робота - це практично орієнтована професія та академічна дисципліна, яка визнає, що пов'язані між собою історичні, соціально-економічні, культурні, територіальні, політичні та індивідуальні фактори створюють можливості та/чи перешкоди людському благополуччю та розвитку. Структурні бар'єри сприяють укоріненню нерівності, дискримінації, експлуатації та пригнобленню. Розвиток критичної свідомості через осмислення структурних джерел пригноблення і/або привілеїв, що базуються на таких критеріях, як раса, клас, мова, релігія, гендер, наявність інтелектуальної чи фізичної недостатності, культурна чи сексуальна орієнтація, та розвиток дієвих стратегій, спрямованих

на усунення структурних і особистісних бар'єрів, є ключовими у визвольній (emancipatory) практиці, завдання якої - наснаження і звільнення (розширення свобод) людей. Виявляючи солідарність з тими, хто перебуває у скрутному становищі, соціальна робота спрямована на подолання бідності, звільнення вразливих та пригноблених, сприяє соціальному залученню і соціальній згуртованості.

Завдання сприяти соціальним змінам ґрунтується на тому, що втручання соціальної роботи має відбуватися тоді, коли існує поточна ситуація - на індивідуальному рівні, на рівні сім'ї, малої групи, громади чи суспільства, - яка потребує зміни і розвитку. Це завдання зумовлене потребою кинути виклик і змінити ті структурні умови, які спричиняють маргіналізацію, соціальне виключення та пригноблення. Ініціативи з соціальних змін визнають роль людських чинників у просуванні прав людини та економічної, екологічної і соціальної справедливості. Соціальна робота так само підтримує соціальну стабільність доти, доки така стабільність не використовується для підтримки маргіналізації, соціального виключення чи пригноблення будь-якої окремої групи осіб.

Концепція соціального розвитку передбачає впровадження таких стратегій втручання, що в кінцевому результаті формують бажані рамки для державних і політичних контекстів, на додаток до більш популярних підходів - залишкового та інституціонального. Соціальний розвиток ґрунтується на холистичних біопсихосоціальних, моральних оцінках (судженнях) і втручаннях, які виходять за межі розподілу на мікро- і макро- рівні, включають численні системні рівні та міжгалузеве й міжпрофесійне співробітництво, спрямовані на забезпечення сталого розвитку. Пріоритетними є соціально-структурний та економічний розвиток; при цьому не підтримується загальноприйнята думка про те, що економічне зростання є необхідною умовою для соціального розвитку.

ПРИНЦИПИ

Основними принципами в соціальній роботі є: повага до невід'ємної цінності і гідності людей, не завдання шкоди, повага до різноманіття, захист прав людини і соціальної справедливості.

Адвокація та захист прав людини і соціальної справедливості є мотивацією та рушійною силою соціальної роботи. Професія соціальної роботи передбачає, що права людини можуть повноцінно дотримуватись лише тоді, коли існує колективна відповідальність. Ідея колективної відповідальності полягає в тому, що права окремої людини можуть бути щоденно реалізовані лише за умов відповідальності кожної людини один перед одним та перед оточенням; а також звертає увагу на важливість створення рівних взаємовідносин в межах громад. Саме тому головним фокусом соціальної роботи є адвокація прав людини на всіх рівнях та сприяння досягненню таких результатів діяльності, за яких кожна людина бере відповідальність за благополуччя інших, розуміє і поважає взаємозалежність людей, і взаємозалежність між людьми і навколишнім оточенням.

Соціальна робота охоплює права першого, другого і третього покоління. До прав першого покоління відносяться громадянські та політичні права, такі як свобода слова і думки, свобода від тортур і недоторканість особистості; друге покоління — соціально-економічні та культурні права, такі як право на освіту, охорону здоров'я і житло, мовні права меншин; третє покоління прав фокусується на світі природи та праві на видове біорізноманіття й рівність між поколіннями. Ці права є взаємодоповнюваними і взаємозалежними, при цьому враховують як індивідуальні, так і колективні права.

У деяких випадках принципи «не нашкодь» і «повага до різноманіття» можуть набувати суперечливого значення, зокрема, коли права деяких груп (таких, як жінки та гомосексуальні особи), включно з правом на життя, порушуються в ім'я культури. Світові стандарти освіти і навчання з соціальної роботи вирішують це складне питання, пропонуючи навчати соціальних працівників підходу, що ґрунтується на базових правах людини, в контексті якого існує наступне пояснення: «Цей підхід може викликати конструктивну конфронтацію та зміни там, де певні культурні вірування, цінності та традиції порушу-

ють базові права людини. Оскільки культура є соціально конструйованою і динамічною, вона може зазнавати деконструкції та змін. Така конструктивна конфронтація, деконструкція і зміни можуть полегшуватись за допомогою підвищення чутливості до певних культурних цінностей, вірувань і традицій та їх розуміння, а також за допомогою налагодження критичного і рефлексивного діалогу між членами культурної групи щодо широкого кола питань у сфері прав людини».

ЗНАННЯ

Соціальна робота є одночасно міждисциплінарною і трансдисциплінарною, й спирається на широкий спектр наукових теорій і досліджень. «Наука» розуміється в цьому контексті в її базовому значенні – як «знання». Соціальна робота спирається на власну теоретичну базу та дослідження, які постійно розвиваються, та на теорії інших гуманітарних наук, включно з (але не обмежуючись) розвитком громад, соціальною педагогікою, менеджментом, антропологією, екологією, економікою, освітою, доглядом, психіатрією, психологією, охороною здоров'я і соціологією. Унікальність теорій і досліджень у соціальній роботі полягає у тому, що вони прикладні та спрямовані на вивільнення, або емансипацію. Значна частина досліджень та теорій соціальної роботи розроблені спільно з користувачами послуг в інтерактивному, діалогічному процесі, а, отже, ґрунтуються на особливостях окремої практики.

У запропонованому визначенні йдеться також про те, що соціальна робота ґрунтується не лише на специфічній практичній діяльності та західних теоріях, а й на місцевих (корінних) знаннях. Спадщина колоніалізму вплинула на те, що першочергову роль було відведено західним теоріям і знанням, а корінні, місцеві знання були знецінені, проігноровані. Запропоноване визначення спрямоване на зменшення впливу цього процесу, його уповільнення й руху в зворотному напрямку, через визнання того, що корінне населення кожного регіону, країни чи території має власні цінності, шляхи пізнання, способи передачі власних знань, і зробило вагомий внесок у науку. Соціальна робота намагається виправити наслідки західного колоніалізму і гегемонії, що історично склалися, через вивчення й врахування досвіду корінного населення усього світу. У такий спосіб знання в соціальній роботі будуть створюватись спільно з корінним населенням та базуватися на його досвіді, а, отже, застосовуватимуться більш правильно не лише в місцевому контексті, а й на міжнародному рівні. Ґрунтуючись на діяльності Організації Об'єднаних Націй, Міжнародна Федерація соціальних працівників визначає корінні народи наступним чином:

- вони живуть на географічно визначених, успадкованих територіях (або зберігають прив'язаність до них);
- як правило, вони підтримують особливі, окремі соціальні, економічні та політичні інституції в межах своїх територій;
- як правило, вони прагнуть зберігати культурні, географічні та інституційні відмінності, а не асимілюватися повністю в суспільство окремої національності;
- вони ідентифікують себе як корінні жителі або представники роду¹.

ПРАКТИКА

Законність та повноваження соціальної роботи полягають у втручанні на етапах взаємодії людей з їх оточенням. Оточення охоплює різноманітні соціальні системи, до яких залучені люди, а також природне, географічне середовище, яке має вагомий вплив на життя людей. Методологія залучення (participatory methodology), що просувається у соціальній роботі, описана у визначенні наступним чином: «залучає людей і структури для вирішення проблем і покращення благополуччя». Наскільки

¹ <http://ifsw.org/policies/indigenous-peoples>

це можливо, соціальна робота підтримує роботу з людьми, а не лише для людей. Відповідно до парадигми соціального розвитку, соціальні працівники використовують низку навичок, методів, стратегій, принципів і заходів на різних системних рівнях, спрямованих на підтримку системи та/або зусилля щодо її зміни. Практика соціальної роботи охоплює широкий спектр діяльності, у тому числі різноманітні форми терапії та консультування, групової роботи, роботи в громаді; розробку та аналіз соціальної політики, а також втручання з метою адвокації чи змін на політичному рівні. З огляду на перспективу вивільнення, або емансипації (emancipatory perspective), яку підтримує це визначення, стратегії соціальної роботи спрямовані на збільшення відчуття надії, посилення почуття власної гідності та творчого потенціалу людей, з метою протистояння та зміни репресивної динаміки влади і структурних джерел несправедливості. Таким чином відбувається поєднання в єдине ціле мікро- та макро- вимірів втручання та особистісно-політичних вимірів втручання. Цілісний фокус соціальної роботи універсальний, однак пріоритети практичної соціальної роботи відрізнятимуться з огляду на конкретну країну, та іноді залежно від історичних, культурних, політичних і соціально-економічних умов.

Відповідальність соціальних працівників усього світу - захищати, збагачувати і реалізовувати на практиці цінності та принципи, наведені у цьому визначенні. Визначення соціальної роботи може бути значимим лише за умови, якщо соціальні працівники активно впроваджують його цінності й бачення.

ДОДАТКОВІ ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ГЛОБАЛЬНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ, ПРИЙНЯТІ НА ГЕНЕРАЛЬНІЙ АСАМБЛЕЇ МІЖНАРОДНОЇ ФЕДЕРАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

- «Жодна з частин цього визначення не може тлумачитися у спосіб, що суперечить будь-яким іншим частинам цього визначення».
- «Поширення на національному та/або регіональному рівнях не повинне суперечити змісту окремих елементів визначення та розумінню визначення в цілому» .
- «Оскільки визначення соціальної роботи є ключовим елементом встановлення ідентичності професійної групи, подальший перегляд цього визначення повинен ініціюватися лише після певного оцінювання процесу впровадження та встановлення потреби у змінах. Пріоритетним має бути додання подальших коментарів, на противагу зміні визначення».

Переклад з англійської мови Оксани Бойко та Оксани Савицької

Наукове життя академії

РОЗРОБКА ПРОЕКТУ ПАСПОРТА НАУКОВОЇ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА»

ELABORATION OF THE DRAFT FOR DISCRIPTION SOCIAL WORK AS AN RESEARCH SPECIALITY

25 жовтня 2017 року в Академії праці, соціальних відносин і туризму відбувся II круглий стіл, присвячений проблемам і перспективам впровадження програм підготовки докторів філософії (PhD) з соціальної роботи. У заході взяли участь представники кафедр соціальної роботи навчальних закладів різних регіонів України.

У ході роботи круглого столу продовжено дискусію, започатковувану кафедрою соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму (АПСВТ) у квітні 2017 р. Цього разу предметом обговорення були зміст паспорту наукової спеціальності «Соціальна робота», розв'язання завдань дотримання етичних стандартів досліджень в соціальній роботі, проблеми друку наукових публікацій за напрямом «Соціальна робота» та визначення порядку захисту дисертацій.

Резолюцію круглого столу з рекомендацією затвердити ухвалений учасниками Паспорт спеціальності 231 «Соціальна» робота» надіслано до Міністерства освіти і науки України. Також науковці звернулися до МОН з проханням пришвидшити ухвалення нового Порядку формування Переліку наукових фахових видань України.

Всі матеріали II круглого столу розміщено на веб-сторінці АПСВТ: https://www.socosvita.kiev.ua/round_table_25_10_17

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:

15.02.2018

Рецензований:

20.02.2018

Прийнятий до друку:

1.03.2018

Роботу круглого столу відкрито привітаннями проректора з наукової роботи АПСВТ **Тетяни Семигіної** і завідувачки кафедри соціальної роботи та практичної психології АПСВТ **Олени Карагодіної**, які також поінформували учасників про порядок підготовки проекту паспорту спеціальності 231 «Соціальна робота», розробленого робочою групою за рішенням першого круглого столу від 16 травня 2017 року [1]. У складі робочої групи працювали викладачі кафедр соціальної роботи АПСВТ і соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського національного університету імені Тараса Шевченка (завідувачка - **Олена Чуйко**). Створений робочою групою проект був надісланий всім кафедрам - ліцензіатам PhD програм з соціальної роботи для обговорення та внесення пропозицій. Відтак до обговорення на круглому столі розробники підготували версію, що була заздалегідь розглянута учасниками.

У першій доповіді доцент кафедри соціальної роботи та практичної психології АПСВТ **Вадим Лютий** презентував Проект паспорту спеціальності 231 «Соціальна робота» і надіслані до робочої групи пропозиції. Він зауважив, що документ розроблено відповідно до таких принципів:

- відповідність сучасним світовим підходам до розуміння соціальної роботи як науки, міжнародним стандартам досліджень в соціальній роботі,
- відповідність актуальним напрямом та перспективам розвитку соціальної роботи в Україні та у світі,
- інтеграція досвіду дослідження проблем соціальної роботи вітчизняними науковими школами,
- мультидисциплінарність і диференційованість предмету і методу досліджень,
- лаконічність, простота і доступність формулювань.

Учасники круглого столу в цілому схвально поставились до підготовленого робочою групою документу, але певні його положення спричинили дискусії та потребу в уточненні. Найбільш дискусійними виявились такі питання:

1) пропозиція додати до розділу «Теорія і методологія соціальної роботи» пункт «історія соціальної роботи» (**Оксана Кравченко**, декан факультету соціальної та психологічної освіти Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини); пропозицію відхилено з огляду на те, що соціальна робота є прикладною наукою, яка слугує розвитку соціальних послуг; дослідження історії становлення певного сектору послуг може бути окремим завданням наукового пошуку, а не його єдиним предметом (думка розробників проекту, підтримана більшістю учасників заходу);

2) пропозиція додати до розділу «Практика соціальної роботи» пункт «екстрена допомога в екстремальних ситуаціях» (**Денис Александров**, доцент кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка); на думку опонентів (**Олена Карагодіна**, **Вадим Лютий** та ін.) таке формулювання не відбиває окремого предмету досліджень, а лише розкриває зміст попереднього речення «соціальна допомога та соціальні послуги представникам соціально вразливих груп, груп ризику та іншим суб'єктам, які перебувають в стані кризи», але пропозицію підтримано більшістю учасників дискусії;

3) пропозиція перенести пункт «розвиток супервізії у соціальній роботі» з розділу «Менеджмент соціальної роботи» до розділу «Розвиток професійних компетентностей соціальних працівників» (**Юрій Швалб**, професор кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка); на думку опонентів (**Олена Карагодіна**, **Олена Чуйко**, **Наталія Гусак** та ін.) супервізія здійснюється на мікро- та мезорівнях соціальної роботи, її впровадження є завданням менеджменту; однак пропозицію підтримано.

Після обговорення всіх суперечливих формулювань і внесення редакторських правок учасники дійшли згоди щодо остаточного варіанту тексту Проекту паспорту спеціальності 231 «Соціальна робота». **Тетяна Семигіна** запропонувала ухвалити резолюцію круглого столу, що стосується обґрунтування паспорту спеціальності, та презентувала її проект.

Асистент кафедри соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського національного університету імені Тараса Шевченка **Ольга Байдарова**, яка працює у складі підкомісії 231 «Соціальна робота» Науково-методичної комісії з охорони здоров'я та соціального забезпечення (НМК 12) сектору вищої освіти Науково-методичної ради МОН України, розповіла про проблемні моменти розробки стандарту підготовки докторів філософії з соціальної роботи. На її думку, до таких належать, зокрема, фахова розбіжність і широка географія проживання учасників підкомісії, брак їхньої комунікативної взаємодії поза межами зборів. Авторка презентації відзначила важливість забезпечення якісного громадського обговорення проекту стандарту і зазначила, що розміщення проекту документу на сайті МОН не гарантує цього активного обговорення, але наразі існує позитивний досвід організації громадського слухання проекту стандарту освітньої підготовки бакалаврів, організованого в Національному університеті імені Тараса Шевченка, що виявилось плідним.

В обговоренні йшлося про зміст поняття «компетентнісний підхід», рекомендації (вимоги) МОН до структури та змісту стандартів, які не влаштовують професійну спільноту, але мають бути дотримані. Відзначено, що в громадському обговоренні важливо отримати зворотній зв'язок від потенційних

роботодавців докторів філософії з соціальної роботи - українських шкіл соціальної роботи та недержавних організацій, що провадять масштабні наукові дослідження. Висловлено думку, що доцільно інтенсифікувати громадські слухання, забезпечивши обговорення стандарту в живому спілкуванні.

Завідувачка Школи соціальної роботи ім. професора Володимира Полтавця Національного університету «Києво-Могилянська академія» **Наталія Гусак** запропонувала організувати громадські слухання Проекту стандарту підготовки докторів філософії з соціальної роботи під час щорічної наукової конференції НаУКМА (орієнтовний термін - лютий 2018 р.), узгодивши цей захід підкомісією 231 «Соціальна робота» Науково-методичної комісії з охорони здоров'я та соціального забезпечення (НМК 12) сектору вищої освіти Науково-методичної ради МОН України з відповідною пропозицією.

У повідомленні про роботу Всеукраїнської науково-практичної конференції «Підготовка докторів філософії (PhD) в умовах реформування вищої освіти» (Запоріжжя, 5-6 жовтня 2017 р.) **Олена Карагодіна** зосередилась головним чином на передбачених змінах порядку підготовки докторів філософії та процедури захисту дисертації. На завершення виступу вона окреслила кілька проблемних питань, зокрема відтермінування початку функціонування НАЗЯВО, непевність перспективи затвердження презентованих на конференції проектів, складність впровадження в практику принципів академічної доброчесності. В розвиток останньої тези доповідачка порушила питання про потребу започаткувати етичну експертизу наукових досліджень з соціальної роботи і зробити низку кроків до реалізації цього завдання.

Тетяна Семигіна презентувала проект звернення учасників круглого столу до Міністерства освіти і науки з проханням пришвидшити ухвалення нового Порядку формування Переліку наукових фахових видань України та виступила модератором його обговорення.

На завершення роботи учасники круглого столу домовились про таке:

1) ухвалити резолюцію круглого столу з обґрунтуванням Проекту паспорту спеціальності 231 «Соціальна робота»;

2) надіслати резолюцію до Міністерства науки і освіти України з рекомендацією затвердити Паспорт спеціальності 231 «Соціальна робота»;

3) звернутись до підкомісії 231 «Соціальна робота» Науково-методичної комісії з охорони здоров'я та соціального забезпечення (НМК 12) сектору вищої освіти Науково-методичної ради МОН України з пропозицією провести громадське обговорення Проекту стандарту підготовки докторів філософії з соціальної роботи під час щорічної наукової конференції НаУКМА;

4) створити робочу групу для визначення можливостей запровадження етичної експертизи наукових досліджень в соціальній роботі (склад: Н. Гусак, Т. Сила, А. Конончук, О. Карагодіна, С. Чернета);

5) ухвалити текст звернення учасників круглого столу до Міністерства освіти і науки з проханням пришвидшити ухвалення нового Порядку формування Переліку наукових фахових видань України, надіслати Звернення до МОН України.

6) розповсюдити матеріали круглого столу: розмістити їх на сайті АПСВТ і надіслати кафедрам – ліцензіатам програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Карагодіна О. Круглий стіл «Запровадження програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи» // Вісник АПСВТ. 2017. №3. С. 95-97.

Матеріал підготувала Олена Карагодіна

Ухвалено резолюцією II круглого столу «Запровадження програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи» 25 жовтня 2017 року

ПАСПОРТ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 231 - СОЦІАЛЬНА РОБОТА

I. Формула спеціальності

Галузь науки, що належить до категорії соціальних, прикладних і міждисциплінарних, базується на дотриманні професійних етичних норм і застосовує різноманітні кількісні та якісні методи дослідження, що дають змогу отримати дані, базовані на доказах. Досліджує вплив соціальних явищ, процесів і відносин на соціальне функціонування спільнот, груп чи окремих індивідів, розвиток особистості в соціальному середовищі, виявляє чинники соціальних проблем, соціальної дестабілізації, дезорганізації й виникнення складних життєвих обставин на мікро-, мезо- і макро- рівнях, шляхи оптимізації відносин суб'єктів соціальної взаємодії у контексті надання соціальних послуг, сприяння соціальним змінам та розвитку, посилення соціальної згуртованості людей, формування у них самостійної та відповідальної позиції щодо власного життя, забезпечення добробуту кожного суб'єкта, який потребує соціальної підтримки та допомоги.

II. Напрями досліджень:

Теорія і методологія соціальної роботи: філософія і етика соціальної роботи; категоріальний апарат соціальної роботи; розвиток теорій соціальної роботи; моделі практики соціальної роботи; методи і етика досліджень у соціальній роботі.

Практика соціальної роботи: соціальна допомога та соціальні послуги представникам соціально вразливих груп, груп ризику та іншим суб'єктам, які перебувають в стані кризи, зазнають маргіналізації та соціального виключення; екстрена допомога в екстремальних ситуаціях; соціальна робота в системі соціалізації особистості; розвиток спільнот та громад; підтримка соціального партнерства у громаді; профілактика негативних соціальних явищ; запровадження практики здоров'язбереження; протидія дискримінації, стигматизації та соціальному виключенню за будь-якими ознаками.

Менеджмент соціальної роботи: управління інституціями соціальної роботи; забезпечення якості послуг у соціальній роботі; забезпечення функціонування професійно-етичних норм соціальної роботи; запобігання професійним деформаціям у соціальній роботі; організація та оптимізація волонтерської діяльності.

Розвиток професійних компетентностей соціальних працівників: профорієнтація і професійний відбір; професійне становлення; оптимізація програм професійної підготовки, розвиток неперервної професійної освіти та супервізії у соціальній роботі.

III. Галузь науки, з якої присуджується науковий ступінь: соціальна робота.

Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму

Головний редактор — Т.В. Семигіна
Комп'ютерна верстка — ФОП Самсон О.М.

Підписано до друку 26 березня 2018 р.

Формат видання — А4. Друк цифровий.
12,01 ум. друк. арк.
Наклад - 100 прим.
Ціна договірна.

Видавництво «Академія праці, соціальних відносин і туризму»
Свідоцтво КВ № 21787-11687ПР від 21.12.2015 р.
м. Київ, Кільцева дорога, 3-А, Київ-187,
МСП, 03187, Україна, тел./факс (044) 526-15-45; e-mail: edit@socosvita.kiev.ua

Надруковано: ФОП Самсон О.М.
Свідоцтво В01 №566073 від 04.11.2002 р. тел. 050-355-21-20