

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної роботи

На правах рукопису

Коваленко Богдан Миколайович

**“Особливості підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях
ВІЛ-сервісу”**

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня
бакалавра соціальної роботи

Науковий керівник:
Доктор філософії з галузі соціальної роботи
Бутенко Надія Віталіївна

Допустити до захисту в ЕК
Кафедра соціальної роботи
Завідувач кафедри соціальної роботи
Кандидат соціологічних наук, доцент
_____ Леся ЛЮТА
(підпис)

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ ВІЛ-СЕРВІСУ.....	6
1.1. Функції соціального працівника у сфері ВІЛ-сервісу.....	6
1.2. Методологічні основи та освітні програми підготовки соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу.....	18
1.3. Модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу..	25
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ ВІЛ-СЕРВІСУ В УКРАЇНІ.....	37
2.1. Методологія дослідження та обґрунтування вибірки.....	37
2.2. Результати емпіричного дослідження стану підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.....	58
Висновки до розділу 2.....	69
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ ВІЛ-СЕРВІСУ.....	71
3.1. Опис програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.....	71
3.2. Апробація програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.....	77
Висновки до розділу 3.....	89
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема ВІЛ-інфекції залишається однією з найгостріших у сфері охорони здоров'я як у світі, так і в Україні. У відповідь на виклики епідемії в нашій державі сформувалась мережа ВІЛ-сервісних організацій, які реалізують комплекс послуг – від профілактики до догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Важливу роль у цій системі відіграють соціальні працівники, що здійснюють консультивання, супровід клієнтів, формування прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) та надання психосоціальної допомоги. При цьому, робота у сфері ВІЛ-сервісу має виражену специфіку через високий рівень емоційного навантаження, часту взаємодію з клієнтами у кризових життєвих ситуаціях, необхідність дотримання принципів недискримінації та конфіденційності, а також гнучкість у реагуванні на непередбачувані обставини.

Науковці, зокрема Т. Семигіна, І. Шваб та В. Лютий, підтверджують, що ефективна робота в цій сфері потребує особливих професійних компетентностей: знань про специфіку ВІЛ, навичок кризового втручання, етичної чутливості та здатності до міждисциплінарної взаємодії. Але, попри наявність формальних та неформальних освітніх ініціатив, у підготовці фахівців все ще бракує системності. Особливо це помітно в умовах повномасштабної війни, що змінила формат надання послуг, ускладнила доступ до лікування, актуалізувала роботу з ВПО та розширила функціональні обов'язки працівників. Ситуація ускладнюється й тим, що чинні програми підготовки рідко враховують особливості роботи у сфері ВІЛ в умовах надзвичайних ситуацій та психотравмуючих подій.

У цьому контексті актуальним постає аналіз особливостей професійної підготовки соціальних працівників, залучених до сфери ВІЛ-сервісу, та виявлення можливостей для її вдосконалення. Отримані результати можуть сприяти підвищенню якості соціальних послуг, забезпеченню більшої

відповідності між потребами клієнтів і можливостями фахівців, а також зміцненню професійної стійкості працівників у кризових умовах та ситуаціях невизначеності.

З огляду на це, **темою** нашої дипломної роботи є: “Особливості підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу”.

Об’єкт: професійна діяльність соціальних працівників, які працюють в організаціях ВІЛ-сервісу.

Предмет: особливості професійної підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.

Мета: визначити затребувані напрями підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу та розробити програму заходів для їхнього професійного зростання.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз змісту діяльності соціальних працівників в організаціях ВІЛ-сервісу.
2. Дослідити професійну підготовленість фахівців до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.
3. Розробити та апробувати програму заходів, направлених на підвищення підготовленості соціальних працівників до роботи в ВІЛ-сервісних організаціях.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і задач використовувалися такі методи: а) теоретичні – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація, інтерпретація; б) емпіричні – анкетування, опитувальник професійної життєстійкості О.М. Кокуна; в) математично-статистичної обробки емпіричних даних – кількісний аналіз (розрахунок описової статистики, дисперсійний аналіз, кореляційний аналіз, t-критерій Стьюдента для залежних вибірок), а також елементи якісного аналізу відповідей на відкриті запитання.

У роботі представлені *результати емпіричного дослідження* стану підготовки соціальних працівників до діяльності у сфері ВІЛ-сервісу. В опитуванні взяли участь 52 фахівці з різних регіонів України, залучені до надання профілактичних і підтримувальних послуг. *Виявлено* високу варіативність рівня знань і професійної життєстійкості: більшість респондентів демонструють добру обізнаність, але є й окремі випадки недостатньої підготовки. Також засвідчено змістовно важливі зв'язки між окремими показниками – зокрема, впевненість у знаннях та відчуття професійної значущості пов'язані із задоволеністю роботою та вищими рівнями життєстійкості. Було *розроблено і апробовано* програму підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи у ВІЛ-сервісних організаціях.

Результати дослідження щодо ролі ВІЛ-сервісних організацій і нових викликів у професійній підготовці фахівців були *представлені у формі тез* “Роль ВІЛ-сервісних організацій в Україні: нові виклики та перспективи” на науково-практичній конференції “Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології” (14–15 березня 2025 року).

Структура кваліфікаційної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить 108 сторінок, з яких основного тексту – 92. Робота містить 14 таблиць, 5 рисунків, 4 додатки. Список використаних джерел налічує 60 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ ВІЛ-СЕРВІСУ

1.1. Функції соціального працівника у сфері ВІЛ-сервісу

Проблема ВІЛ-інфекції впродовж десятиліть залишається однією з найгостріших медико-соціальних викликів як на глобальному, так і на національному рівні. Реагуючи на потребу комплексної відповіді на цю загрозу, в Україні сформувалася система спеціалізованих послуг. Одним із узагальнених термінів, яким позначають цю сферу діяльності, є поняття “ВІЛ-сервіс” [27].

ВІЛ-сервіс – це сукупність організаційних, медичних, соціальних та профілактичних заходів, спрямованих на стримування поширення ВІЛ-інфекції та надання підтримки людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). У межах цієї системи визначають два ключові напрями: профілактика ВІЛ серед представників ключових груп (КГ) та догляд і підтримка ЛЖВ.

Під поняттям “профілактика ВІЛ” у контексті ВІЛ-сервісу слід розуміти комплекс медико-соціальних заходів у сфері громадського здоров’я, спрямованих на стримування поширення ВІЛ серед представників ключових та уразливих груп, формування безпечної поведінки, своєчасне виявлення випадків інфікування та залучення до подальших послуг з лікування, догляду і підтримки.

У сфері **профілактики ВІЛ** надавачами послуг можуть бути як державні, так і недержавні структури. Державний сектор представлений закладами охорони здоров’я – насамперед центрами первинної медико-санітарної допомоги, кабінетами інфекційних захворювань, центрами СНІДу, а також фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на провадження медичної практики. Недержавний сектор охоплює громадські, благодійні та релігійні організації, які мають підтверджений досвід роботи у сфері протидії ВІЛ не менше двох років [25]. До найбільш відомих ВІЛ-сервісних організацій в Україні належать мережа БО “100 відсотків життя”, Альянс громадського

здоров'я, БО “Позитивні жінки”, Інсайт, Клуб “Еней”, Гей-альянс Україна та інші організації, які працюють у взаємодії з міжнародними донорами і національними структурами здоров'я, зокрема Центром громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ). Усі надавачі повинні відповідати визначеним організаційним та кадровим вимогам, мати налагоджену систему переадресації та надавати послуги у формах, адаптованих до потреб ключових та уразливих груп – зокрема через стаціонарні, вуличні або мобільні пункти надання послуг.

У структурі профілактики ВІЛ соціальні працівники займають ключові позиції як у державному, так і в недержавному секторі. У межах державної системи охорони здоров'я участь соціального працівника в профілактичних заходах є можливою, однак така практика застосовується епізодично. Значно ширше залучення фахівців соціальної роботи відбувається в межах недержавних ВІЛ-сервісних організацій. Саме в НУО соціальні працівники, незалежно від формальної посади, виконують функцію надавачів профілактичних послуг, що відповідає нормам, закріпленим у професійному стандарті соціального працівника [32].

Отримувачами профілактичних послуг є представники ключових та уразливих груп, визначених нормативно-правовими актами у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Згідно з наказом МОЗ України від 15.09.2023 № 1632 “Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення” [23], до ключових груп належать:

- 1) статеві партнери та партнерки ЛЖВ – особи, які за останні 12 місяців мали хоча б один сексуальний контакт з ВІЛ-позитивною людиною;
- 2) люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) – ті, хто вживав наркотики або інші психоактивні речовини ін'єкційним способом не з медичною метою не менше двох разів протягом останнього року;

3) чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) – чоловіки, які хоча б один раз за останні 12 місяців добровільно мали сексуальний контакт із чоловіком;

4) люди, які надають сексуальні послуги (СП) – повнолітні особи, які мали щонайменше два епізоди надання тілесних сексуальних послуг протягом останніх 12 місяців;

5) статеві партнери та партнерки ЛВНІ – особи, які мали хоча б один добровільний сексуальний контакт протягом останнього року з ЛВНІ;

6) особи, які тримаються в установах виконання покарань та попереднього ув'язнення, а також ті, хто звільнився з них упродовж останніх 12 місяців;

7) трансгендерні люди – особи, гендерна ідентичність яких відрізняється від статі, визначеної при народженні.

Водночас, до уразливих груп у контексті надання профілактичних послуг можуть належати й інші категорії населення, які мають обмежений або нестабільний доступ до медичних і соціальних послуг: підлітки, внутрішньо переміщені особи (ВПО), особи без постійного місця проживання, люди в складних життєвих обставинах (СЖО), представники маргіналізованих груп, тощо [25]. Під час надання послуг враховуються індивідуальні ризики, поведінкові фактори та життєвий контекст кожного клієнта.

Військовослужбовці наразі не включені до переліку ключових груп у відповідному наказі МОЗ. Однак, з огляду на поточну ситуацію в Україні та підвищені ризики інфікування ВІЛ серед військових, в експертному середовищі ведуться дискусії щодо можливості їх включення до переліку ключових або уразливих груп [57]. Це питання потребує подальшого вивчення та обговорення на національному рівні.

Структура профілактичних послуг серед представників ключових груп охоплює шість основних напрямів. Кожен із них має конкретне функціональне

наповнення, адаптоване до потреб ключових та уразливих груп. Усі послуги мають бути гнучкими до формату реалізації: вони можуть надаватися у стаціонарних, мобільних, вуличних пунктах або в межах аутріч-маршрутів. До основних напрямів профілактичних послуг належать:

1. *Цільові інформаційні, консультативні, освітні та комунікаційні послуги*, зокрема: оцінка поведінкових ризиків; консультування щодо безпечної сексуальної та ін'єкційної поведінки; інформування про доконтактну (ДКП) та постконтактну (ПКП) профілактику; мотивування до тестування на ВІЛ; роздача інформаційних матеріалів.

2. *Розповсюдження презервативів і лубрикантів*, що включає видачу засобів захисту та проведення інструктажу з їх використання.

3. *Обмін та/або видача шприців*. Реалізується для ЛВНІ з метою зниження парентеральної (через кров) передачі ВІЛ. Включає видачу стерильних шприців, голок, спиртових серветок; збір і утилізацію використаних інструментів; консультування щодо безпечних ін'єкційних практик і пов'язаних ризиків.

4. *Самотестування на ВІЛ з супроводом (СТ-ВІЛ)*. Це процедура самостійного проходження швидкого тесту на ВІЛ за підтримки фахівця.

5. *Скринінг на туберкульоз (ТБ)*. Мета – виявлення симптомів ТБ і перенаправлення до медичної допомоги.

6. *Скринінг депресивних і тривожних розладів*. Спрямований на виявлення психоемоційних труднощів, що можуть впливати на прихильність до послуг.

Ці послуги становлять мінімальний гарантований пакет профілактичної допомоги для представників ключових та уразливих груп. За наявності додаткового фінансування надавачі можуть розширювати його іншими інтервенціями – тестуванням на гепатити й сифіліс, видачею налоксону,

консультуванням дискордантних пар (пари, в яких один з партнерів є ВІЛ-позитивним, а другий – ВІЛ-негативним), тощо.

Аналіз технічної документації до тендеру, оголошеного Центром громадського здоров'я, показує, що базовий перелік профілактичних послуг у цілому відповідає структурі, визначеній відповідним наказом МОЗ, однак доповнюється низкою операційних та супровідних функцій, які не прописані в нормативі, але є критично важливими на практиці [20]. Зокрема, у тендері наголошується на обов'язковому супроводі клієнта до медичних закладів, що передбачає не лише переадресацію, а фактичну фізичну допомогу у відвідуванні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) – наприклад, супровід на аналізи чи до інфекціоніста для отримання доконтактної чи постконтактної профілактики. Також значну увагу приділено реєстрації та веденню обліку клієнтів, що включає не просто фіксацію наданих послуг, а системне управління маршрутами клієнтів. Так, під час практичної реалізації соціальний працівник виконує не лише профілактичну, а й організаційно-супровідну функцію, працюючи на стику соціальної, медичної та логістичної взаємодії з клієнтом.

Під поняттям **“догляд і підтримка”** (ДіП) в контексті ВІЛ-сервісу слід розуміти комплекс медико-соціальних послуг, спрямованих на забезпечення якісного життя ЛЖВ, збереження їхнього фізичного і психічного здоров'я, формування прихильності до лікування та попередження передачі вірусу іншим. Відповідно до наказу МОЗ України № 140, ці послуги мають надаватися ЛЖВ з моменту встановлення діагнозу незалежно від наявності чи відсутності клінічних проявів хвороби та тривати стільки часу, скільки це необхідно клієнту [24]. На відміну від профілактичних заходів, що орієнтовані переважно на ключові групи щодо інфікування ВІЛ і зниження ризикованої поведінки, послуги ДіП зосереджені на вже інфікованих особах та спрямовані на стабілізацію їхнього стану, забезпечення безперервності лікування, зниження психоемоційного навантаження, профілактику супутніх захворювань та

соціальну інтеграцію. Основний акцент робиться на підтримці прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) та на створенні умов, у яких людина може жити з ВІЛ як із хронічним, але контрольованим станом [1].

Надавачами послуг догляду і підтримки можуть бути юридичні особи незалежно від форми власності, а також фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на провадження медичної практики, досвід роботи у сфері ВІЛ не менше двох років та кадровий потенціал для реалізації послуг [24]. Вимоги до таких надавачів передбачають наявність чітко визначеної структури, внутрішньої системи якості, фахівців із підтвердженою кваліфікацією, налагодженого механізму переадресації клієнтів і взаємодії з медичними закладами. У державному секторі послуги ДіП можуть надавати заклади охорони здоров'я (наприклад, центри СНІДу, ЗОЗ, що ведуть пацієнтів на АРТ), а також ФОПи-інфекціоністи. У недержавному секторі надавачами послуг ДіП традиційно виступають громадські та благодійні організації – насамперед ті, що працюють у партнерстві з міжнародними донорами, такими як Глобальний фонд чи PEPFAR. Прикладами таких організацій є мережа БО “100 відсотків життя”, БО “Позитивні жінки”, “Платформа здоров'я”, а також регіональні структури, що реалізують супровід ЛЖВ на рівні громад.

Отримувачами послуг догляду і підтримки є усі ЛЖВ, незалежно від віку, статі, соціального статусу чи форми перебігу захворювання. Як зазначено в наказі МОЗ № 140, підставою для включення до програми є встановлений діагноз ВІЛ-інфекції, підтверджений у ЗОЗ [24]. Послуги можуть надаватися як безперервно, так і періодично – залежно від потреб конкретної особи. Важливо, що участь у програмі ДіП є добровільною, і жодна особа не може бути примушена до отримання таких послуг. Крім того, забезпечується повна конфіденційність, а також можливість анонімного звернення, якщо це передбачено умовами реалізації послуги. На практиці програми ДіП охоплюють не лише ЛЖВ, які перебувають на АРТ, а й тих, хто лише нещодавно отримав

діагноз, має перерви у лікуванні, сумнівається в необхідності терапії або перебуває у СЖО (наприклад, внутрішньо переміщені особи, люди із залежними станами, тощо). Відтак, послуги ДіП мають бути максимально адаптованими до життєвого контексту клієнта та змінюваними відповідно до його потреб [39].

У системі надання послуг ДіП соціальний працівник виконує важливу функцію, забезпечуючи безперервний зв'язок між клієнтом, медичними установами та іншими ресурсами підтримки. У недержавному секторі саме соціальні працівники виступають основними фахівцями, які супроводжують ЛЖВ протягом усього маршруту: від моменту діагностики до стабілізації стану на АРТ. Вони організують процеси консультування, мотивації до лікування, переадресації, надають психосоціальну підтримку та сприяють формуванню прихильності до терапії [14]. У державних закладах охорони здоров'я така практика застосовується менш системно, однак чинна нормативна база дозволяє закладам включати соціального працівника до мультидисциплінарної команди.

Згідно з наказом МОЗ № 140, структура ДіП передбачає комплекс заходів, спрямованих на формування прихильності до лікування, зниження ризиків відриву від медичного нагляду, профілактику повторного інфікування та стабілізацію стану клієнта [24]. До основного переліку послуг входять:

1. *Залучення ЛЖВ до медичної допомоги* – формування стійкої прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) та збереження медичного нагляду. Послуга передбачає індивідуальні сесії мотиваційного консультування, моніторинг прийому АРТ, супровід до медичних закладів, допомогу у подоланні бар'єрів, які заважають регулярному лікуванню;

2. *Залучення ЛЖВ, які вживають наркотики ін'єкційно* – надання підтримки через індивідуальні консультації з фокусом на ризики поведінки, роботу над формуванням прихильності до лікування, співпрацю з програмами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), соціальний супровід клієнта на лікуванні;

3. *Залучення статевих та ін'єкційних партнерів ЛЖВ до тестування* – мотивування партнерів ЛЖВ, які не знають свій ВІЛ-статус, до проходження тестування (у тому числі СТ-ВІЛ). Передбачено інформування, підготовку клієнта до розкриття статусу, консультування пар, супровід до медичного нагляду партнерів;

4. *Первинне комплексне оцінювання потреб отримувача послуг* – аналіз ризику переривання лікування, оцінку прихильності до АРТ, психоемоційного стану, потреб у супутній допомозі;

5. *Психосоціальна підтримка ЛЖВ* – робота з емоційним станом, мотивацію, посередництво з родиною чи роботодавцем, профілактику вигорання у клієнтів, які тривалий час перебувають на АРТ;

6. *Допомога у доступі до супутніх послуг* – консультації психолога або психотерапевта; юридичний супровід (особливо у випадках дискримінації, втрати роботи, порушення прав); участь у групах самопомоги, сімейному консультуванні, підтримці дискордантних пар; отримання соціальних послуг за місцем проживання або в НУО (соціальний супровід, допомога з житлом тощо).

Зазначені послуги можуть надаватися як особисто, так і дистанційно, з обов'язковим дотриманням умов конфіденційності та фіксацією у картці отримувача послуг.

Як профілактика інфікування ВІЛ, так і послуги догляду і підтримки ЛЖВ мають чітко визначену нормативну основу, усталені механізми реалізації та фаховий кадровий ресурс. Проте з початком повномасштабного вторгнення росії в Україну у лютому 2022 року система ВІЛ-сервісу зазнала серйозного випробування. В умовах збройного конфлікту медичні, соціальні та гуманітарні служби були змушені адаптуватися до нових реалій, у яких доступ до тестування, консультування, антиретровірусної терапії та психосоціальної підтримки опинився під загрозою. Для значної частини ЛЖВ і представників ключових груп такі зміни означали перерву у послугах, зміну місця проживання,

втрату контактів з надавачами, а також посилення соціальної вразливості. Водночас фахівці системи ВІЛ-сервісу – як у державному, так і в недержавному секторі – продемонстрували гнучкість і здатність до швидкої адаптації, що дозволило уникнути масових відривів від лікування й зберегти базові профілактичні програми в більшості регіонів.

За даними звітів UNAIDS та Альянсу громадського здоров'я, війна призвела до того, що багато ЛЖВ втратили зв'язок зі своїми медичними закладами, соціальними працівниками, зіткнулися з проблемами отримання АРТ на новому місці, втратили особисті документи; суттєво зросла частка ВПО серед клієнтів, а їхній психосоціальний стан погіршився [11;59].

На початку 2022 року на обліку в закладах охорони здоров'я України перебували близько 126,5 тис. ЛЖВ, які отримували АРТ. Впродовж першого року війни з обліку було знято 17 686 таких пацієнтів (фактично перервали лікування), і лише близько 4 977 з них стали на облік у медичних закладах за кордоном [28]. Внаслідок цього станом на кінець 2023 року кількість людей, що продовжували АРТ в Україні (118 348 осіб), залишалася дещо меншою, ніж до війни (130 724 на початок 2022 року) [12;34]. Станом на квітень 2025 року АРТ в Україні отримує ще менша кількість людей – 116 730 [2]. Зменшення охоплення лікуванням обумовлене низкою чинників, серед яких ключовими є масова внутрішня та зовнішня міграція та тимчасова окупація окремих територій нашої держави [7].

У відповідь на зміну контексту надання послуг та зростання запитів від клієнтів соціальні працівники суттєво розширили спектр своїх обов'язків, адаптуючи діяльність до нових умов, спричинених повномасштабною війною. Основні зміни у функціональних обов'язках соціального працівника до та після 24.02.2022 року наведено в таблиці 1.1.

**Зміни у функціональних обов'язках соціального працівника до та після
24.02.2022**

Напрямок діяльності	До повномасштабної війни	Після початку вторгнення
Ведення обліку	За місцем постійного проживання клієнта	Відновлення медичного обліку після переміщення клієнта
Доступ до АРТ	Через стаціонарні кабінети (місце взяття на облік)	Видача запасів ліків, дистанційне скерування та логістика отримання АРТ
Формат контакту з клієнтом	Очне (стаціонарне) консультування	Мобільні виїзні бригади; онлайн-консультування; гарячі телефонні лінії
Робота з партнерами ЛЖВ	Мінімальна участь партнера в процесі	Активне залучення партнера; підтримка стосунків клієнта з партнером
Географія надання послуг	У межах одного населеного пункту	Обслуговування клієнтів, що мігрують (мобільне та тимчасове населення)

Багато з функцій, які раніше виконувались епізодично або в межах окремих проєктів, стали постійною складовою роботи [4;22]. Серед них:

1. Допомога клієнтам у відновленні медичного обліку ВІЛ-статусу.

У зв'язку з вимушеним переміщенням великої кількості людей, які живуть з ВІЛ, часто виникали ситуації, коли клієнти не мали при собі жодних медичних документів. Соціальні працівники допомагали верифікувати дані через електронні реєстри (якщо клієнт був зареєстрований), налагоджували зв'язок з

попередніми лікарями, надавачами послуг, координували процес відновлення обліку, що дозволяло клієнту продовжити АРТ без значних перерв.

2. Логістичний супровід при отриманні або доставці АРТ-препаратів.

Через порушення логістики, блокування ланцюгів постачання та труднощі з переміщенням між регіонами соціальні працівники почали брати на себе роль посередників у забезпеченні безперервного доступу до лікування. Це включало особисту доставку препаратів, організацію передачі через волонтерські мережі, координацію з аптеками, пунктами видачі або медичними закладами. У низці випадків ця діяльність відбувалась в умовах підвищеної небезпеки. Наприклад, як зазначено у звіті ЦГЗ “Національна відповідь програм протидії ВІЛ...на широкомасштабне вторгнення росії”, мобільні амбулаторії в Миколаєві продовжували доставляти АРТ навіть під щоденними обстрілами, забезпечуючи життєво важливе лікування для клієнтів, а також евакуацію персоналу НУО та надання гуманітарної допомоги [15]. Такий рівень залученості соціальних працівників засвідчує не лише їхню фахову відповідальність, а й гуманітарну місію, яку вони виконують у критичних умовах.

3. Скерування й супровід переміщених ЛЖВ до нових надавачів послуг.

В умовах постійного переміщення клієнтів виникла потреба у швидкій переадресації до нових ЗОЗ або НУО за місцем фактичного перебування. Соціальні працівники проводили первинне інтерв'ювання, визначали потреби клієнта, обирали оптимального надавача послуг у приймаючій громаді, супроводжували при первинному візиті, допомагали з адаптацією до нової системи, а за потреби – координували процес повторного включення до програми ДіП або надання профілактичних послуг [36].

4. Налагодження співпраці з органами місцевої влади щодо доступу клієнтів до соціальних послуг.

В умовах воєнного часу доступ до соціального захисту значною мірою ускладнився – через черги, дефіцит ресурсів, нові процедури. Соціальні працівники стали ключовою ланкою у комунікації між клієнтом і представниками соціальних служб. Вони консультували щодо наявних програм підтримки (грошові виплати, гуманітарна допомога, тимчасове житло), допомагали з оформленням документів, здійснювали супровід на комісії, забезпечували інтереси клієнта в діалозі з державними структурами [26].

5. Запровадження мобільних форм роботи та дистанційного консультування.

Від початку повномасштабного вторгнення значна частина очних зустрічей стала неможливою або небезпечною. У відповідь на це соціальні працівники масово перейшли до роботи в онлайн-форматах: телефонні дзвінки, відеозв'язок, месенджери, чат-платформи. Для тих, хто не мав змоги з'явитися до пунктів надання послуг, організовувалися мобільні виїзди – іноді індивідуальні. Така гнучкість дозволила зберегти контакт з клієнтами навіть у найкритичніших умовах.

6. Активна взаємодія з партнерами ЛЖВ у нових умовах, допомога у відновленні довірливих стосунків.

Війна вплинула не лише на логістику та медичну систему, а й на особисті, міжособистісні стосунки. У деяких випадках клієнти відчували осуд, ізоляцію або втрату підтримки з боку родини чи партнерів після розкриття статусу або через переміщення. Соціальні працівники у таких ситуаціях виступали як посередники, допомагаючи знизити напругу, ініціюючи парні консультації, забезпечуючи безпечний простір для комунікації. Також велась робота над формуванням нового кола підтримки в нових умовах проживання клієнта.

Так, за спостереженнями Lazarus та ін. (2024), саме під тиском воєнних викликів відбулася трансформація ролі соціального працівника у бік розширення його самостійності та відповідальності [50]. Це, своєю чергою,

вимагає переосмислення системи підготовки фахівців: наголос має робитися не лише на класичних навичках соціальної роботи, а й на уміннях кризового реагування, ведення випадків (кейсів) у цифровому середовищі, веденні документації в умовах мобільності та захисті прав клієнтів під час переміщення [53].

Підсумовуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що війна стала каталізатором глибоких змін у характері соціальної роботи в сфері ВІЛ-сервісу. Нові реалії потребували від соціальних працівників більшої автономності, міжсекторальної гнучкості та креативності в наданні допомоги клієнтам.

1.2. Методологічні основи та освітні програми підготовки соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу

Обсяг завдань, які виконують соціальні працівники в організаціях ВІЛ-сервісу потребує певного рівня професійної підготовки. Ця підготовка охоплює як формальний освітній компонент (бакалаврські, магістерські програми, курси підвищення кваліфікації), так і неформальні інструменти навчання, що здійснюються безпосередньо у ВІЛ-сервісних організаціях у форматі внутрішніх тренінгів, наставництва або супервізії.

Підготовка соціальних працівників до роботи у сфері ВІЛ-сервісу спирається на низку методологічних підходів, які визначають структуру, зміст і пріоритети навчального процесу. У центрі цих підходів – урахування особливостей ключових та уразливих груп, міждисциплінарний характер взаємодії, а також необхідність поєднувати знання з різних галузей: медицини, психології, права і, власне, соціальної роботи [45].

Підготовка соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу базується на інтеграції кількох взаємодоповнюваних методологічних підходів. *Компетентнісний підхід* закладено в національний Освітній стандарт зі

спеціальності 231 “Соціальна робота” (бакалавр). Зокрема, стандарт визначає, що випускник повинен мати здатність взаємодіяти з клієнтами та представниками різних професійних груп і громад (компетенція 15), оцінювати результати та якість соціальної роботи (компетенція 19) і сприяти підвищенню добробуту та соціального захисту осіб у складних життєвих обставинах (компетенція 20) [33]. Хоча в документі безпосередньо не згадується сфера охорони здоров’я, ці компетентності охоплюють ключові завдання, що стоять перед соціальним працівником у ВІЛ-сервісних організаціях, зокрема в контексті міждисциплінарної взаємодії та підтримки вразливих груп.

Другим ключовим є *біопсихосоціальний підхід*, який передбачає, що ВІЛ – це не лише медична проблема, а явище з глибокими психологічними та соціальними наслідками [49]. Соціальний працівник у ВІЛ-сервісі має розуміти, як поєднуються фізичні стани, психоемоційний стан клієнта, соціальна стигма і рівень доступу до послуг. Такий підхід особливо важливий при роботі з ЛЖВ, які часто потребують не лише терапії, а й допомоги в адаптації, подоланні внутрішньої стигми, налагодженні стосунків із родиною [8;18].

Окрему увагу в підготовчому процесі приділяють *гуманістичному підходу*, що базується на повазі до гідності людини, її права на вибір, ідеї безумовного прийняття. Цей підхід тісно пов’язаний із практикою соціальної роботи в контексті ВІЛ, де від працівника вимагається не осуд, а підтримка, емпатія й робота з клієнтом як з партнером. У міжнародному контексті цю позицію закріплено у Глобальних стандартах соціальної роботи (Global Standards for Social Work Education and Training), де наголошено на важливості підготовки фахівців, здатних працювати з маргіналізованими групами, включно з ЛЖВ, людьми, які вживають наркотики, та ЛГБТК+ людьми [48].

Також у системі підготовки закріпився *холістичний підхід* – він передбачає цілісне бачення клієнта не лише через діагноз, а як особистість із потребами, зв’язками, минулим і майбутнім. Для соціального працівника це означає

враховувати не лише проблему, з якою клієнт звернувся (наприклад, ризик інфікування), а й життєвий контекст: психологічний стан, житлові умови, наявність насильства, рівень соціальної підтримки, економічні можливості [47]. Такий підхід є критично важливим у розробці маршруту клієнта.

Ці підходи взаємно підсилюють одне одного і закладають теоретичну основу для формування навчальних програм, а також для визначення ключових компетентностей, яких має досягти фахівець.

Питання професійної підготовки соціальних працівників до діяльності у сфері ВІЛ-сервісу є предметом вивчення як в українських, так і в міжнародних академічних колах. Ця тема досліджується на перетині соціальної роботи, охорони здоров'я, публічної політики та освіти, що зумовлює її міждисциплінарний характер [46].

Міжнародна література пропонує широку палітру підходів до підготовки соціальних працівників, які працюють з ключовими групами, ЛЖВ або в сфері громадського здоров'я загалом. Так, у Рамковій стратегії зміцнення кадрового потенціалу соціальних служб (Social Service Workforce Strengthening Framework), розробленій Глобальним альянсом з питань кадрового потенціалу соціальних служб (Global Social Service Workforce Alliance) за підтримки USAID та PEPFAR, соціальні працівники розглядаються як одна з центральних професій у сфері реагування на ВІЛ. Документ підкреслює, що ефективна підготовка фахівців має ґрунтуватися на компетентнісній моделі, де навчання охоплює такі блоки: знання про ВІЛ, консультування та підтримка, права людини, залучення спільнот, моніторинг та оцінка програм [38;44]. Всесвітня організація охорони здоров'я у своїх настановах з диференційованого тестування на ВІЛ (2024) закликає включати до навчальних програм компоненти індексного тестування (підхід до тестування на ВІЛ, при якому цю послугу пропонують членам сім'ї, статевим та ін'єкційним партнерам ЛЖВ),

мотиваційного консультування, використання “рівний-рівному” та методи швидкого початку антиретровірусної терапії [42].

Ідеї та підходи, закладені в міжнародних стандартах підготовки фахівців соціальної роботи, поступово інтегруються в українські освітні практики. Хоча в національному контексті ще не сформовано окремої спеціалізації “соціальна робота у сфері ВІЛ”, відповідні теми вже включено до навчальних планів низки закладів вищої освіти (ЗВО). Здебільшого це відбувається у форматі модулів або тем у межах ширших курсів, пов’язаних з охороною здоров’я, роботою з уразливими групами, психосоціальною підтримкою тощо. Наприклад, програма бакалаврату з соціальної роботи КНУ ім. Т. Шевченка містить дисципліни, що торкаються роботи з кризовими групами: “Соціальна робота в кризових та психотравмуючих ситуаціях” та “Теоретичні основи соціальної роботи з групами ризику” [16]. Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова у своїй навчальній програмі має дисципліну “Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД” [6].

Незважаючи на часткову інтеграцію у програми формальної вищої освіти, тематика ВІЛ-сервісу потребує більш спеціалізованого та оперативного формування знань, ніж це можуть забезпечити академічні курси. Це пов’язано із швидкими змінами в галузі охорони здоров’я, появою нових підходів до тестування, лікування, профілактики, а також оновленням міжнародних рекомендацій. Саме тому неформальна освіта, зокрема у форматі онлайн-курсів і тренінгів, набуває особливого значення для професійного зростання соціальних працівників, які працюють у сфері ВІЛ.

На відміну від класичних навчальних курсів у ЗВО, онлайн-програми мають кілька переваг: 1) вони доступні у будь-який час і з будь-якого місця; 2) часто розробляються профільними організаціями, які працюють безпосередньо у сфері ВІЛ; 3) орієнтовані на практику та конкретні компетентності, необхідні фахівцям “на місцях”.

Неформальна освіта стала невід’ємною частиною професійної підготовки та підвищення кваліфікації соціальних працівників, особливо в умовах постійної зміни реалій – як у національному контексті, так і на рівні глобального реагування на ВІЛ-інфекцію. Розглянемо відкриті освітні онлайн-платформи, а також спеціалізовані курси Центру громадського здоров’я МОЗ України.

Першу групу складають платформи масових відкритих онлайн-курсів (МООС) – зокрема такі, як Prometheus, Coursera, OpenWHO (Всесвітня організація охорони здоров’я) та ProfiHealth. Вони забезпечують доступ до структурованого навчального контенту, що стосується охорони здоров’я, етики соціальної роботи, прав людини, профілактики ВІЛ, підтримки клієнтів із хронічними хворобами тощо. Особливістю таких платформ є орієнтація на широку аудиторію та використання інтерактивних інструментів навчання – відеолекцій, тестів, кейсів, форумів, сертифікації.

Prometheus є найбільш відомою українською МООС-платформою [41]. Попри те, що вона не пропонує вузькоспеціалізованих курсів саме з ВІЛ-сервісу, низка її курсів охоплює суміжну тематику. Наприклад, курси “Права людини в умовах війни”, “Захист прав пацієнтів в Україні”, “Психічне здоров’я для всіх” розкривають аспекти етичної роботи з вразливими групами, захисту прав ЛЖВ, консультування у кризових ситуаціях, а також специфіку надання соціальних послуг в умовах воєнного стану.

Coursera – міжнародна освітня платформа, що пропонує англійськомовні курси, розроблені провідними університетами світу (Єльський університет, Університет Джонса Гопкінса, Лондонський університет та ін.) [40]. Важливими для соціальних працівників у сфері ВІЛ є курси “ВІЛ: від біології до політики”, “Глобальне здоров’я: міждисциплінарний огляд”, “Основи глобального здоров’я”, які охоплюють епідеміологію ВІЛ, політики громадського здоров’я, правозахисні аспекти, а також стратегії роботи з ключовими групами.

OpenWHO – онлайн-платформа Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що пропонує спеціалізовані курси для фахівців у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг [51]. Курс “Профілактика, тестування, лікування та догляд у сфері ВІЛ” орієнтований на мультидисциплінарні команди, у тому числі на соціальних працівників. Також доступні курси з диференційованого надання послуг та індексного тестування. Матеріали регулярно оновлюються відповідно до рекомендацій ВООЗ і доступні безкоштовно з опцією отримання сертифіката.

ProfiHealth – українська освітня медична платформа, орієнтована переважно на лікарів, однак її курси з доказової медицини, профілактики інфекційних хвороб, антиретровірусної терапії та психічного здоров'я також можуть бути корисними для соціальних працівників, які працюють у ВІЛ-сервісі [35]. Платформа має державну акредитацію і часто використовується у межах системи безперервного професійного розвитку (БПР).

Ці онлайн-ресурси відіграють важливу роль у розширенні доступу до актуальних знань, забезпечуючи можливість для самостійного навчання, безкоштовної сертифікації та інтеграції нових практик у щоденну роботу фахівців. Проте найбільш системною ініціативою, орієнтованою саме на українські реалії ВІЛ-сервісу, залишається діяльність Центру громадського здоров'я МОЗ України [19].

На відміну від відкритих загальних платформ, курси ЦГЗ орієнтовані безпосередньо на фахівців, які працюють у сфері ВІЛ, вірусних гепатитів, туберкульозу, психічного здоров'я та соціальної підтримки. Їхня головна мета – забезпечити БПР працівників системи громадського здоров'я, зокрема тих, хто залучений до надання соціальних послуг у ВІЛ-сервісі.

Курси ЦГЗ є безкоштовними, доступні онлайн та передбачають нарахування балів БПР. Бали БПР підтверджуються і засвідчуються сертифікатами державного зразка, які можна подавати при атестації, укладанні

договору про надання послуг чи розширенні посадових обов'язків. Серед найбільш актуальних курсів варто виокремити ті, що представлені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

Перелік актуальних курсів ЦГЗ для соціальних працівників ВІЛ-сервісу

Назва курсу	Опис	Бали
Організація надання послуг з консультування та тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Розглядаються етапи дотестового та післятестового консультування, методика забору біоматеріалу, алгоритм дій при позитивному, негативному та недійсному результаті	15
Профілактика ВІЛ серед ключових груп населення	Висвітлюються особливості надання послуг з профілактики ВІЛ ключовим групам, як-от ЛВНІ, ЧСЧ, ПКС та трансгендерним людям. Розглядаються бар'єри доступу до послуг та методики зменшення шкоди	4
Побічні реакції антиретровірусних препаратів	Охоплює поширені та рідкісні побічні ефекти АРТ, їх виявлення, а також маршрут дій: коли і куди скеровувати клієнта, як мотивувати його не припиняти лікування та продовжувати спостереження	20
Індексне тестування на ВІЛ	Описується стратегія виявлення контактних осіб серед партнерів ЛЖВ, алгоритм їх інформування, отримання згоди на тестування, правові аспекти та етичні дилеми	7
Доконтактна (PrEP) та постконтактна (PEP) профілактика ВІЛ	Розглядаються показання для призначення PrEP/PEP, вимоги до скринінгу перед початком прийому препаратів та супровід клієнта впродовж прийому	10
Антикризова комунікація	Охоплює принципи реагування на надзвичайні події – від психологічних криз клієнта до воєнних загроз. Розглядаються техніки стабілізації стану та структура короткострокових кризових втручань	20

В умовах повномасштабної війни та зростаючих запитів на ВІЛ-сервісні послуги, особливо в середовищі ВПО, системне підвищення кваліфікації через МООС-платформи та курси ЦГЗ є не лише бажаним, а й критично необхідним компонентом сучасної підготовки фахівців.

Отже, система підготовки соціальних працівників до роботи у сфері ВІЛ-сервісу є комплексною: вона поєднує формальну освіту, неформальне навчання та післядипломний розвиток, відображаючи сучасні вимоги до професійної гнучкості, мультидисциплінарності та постійного оновлення знань.

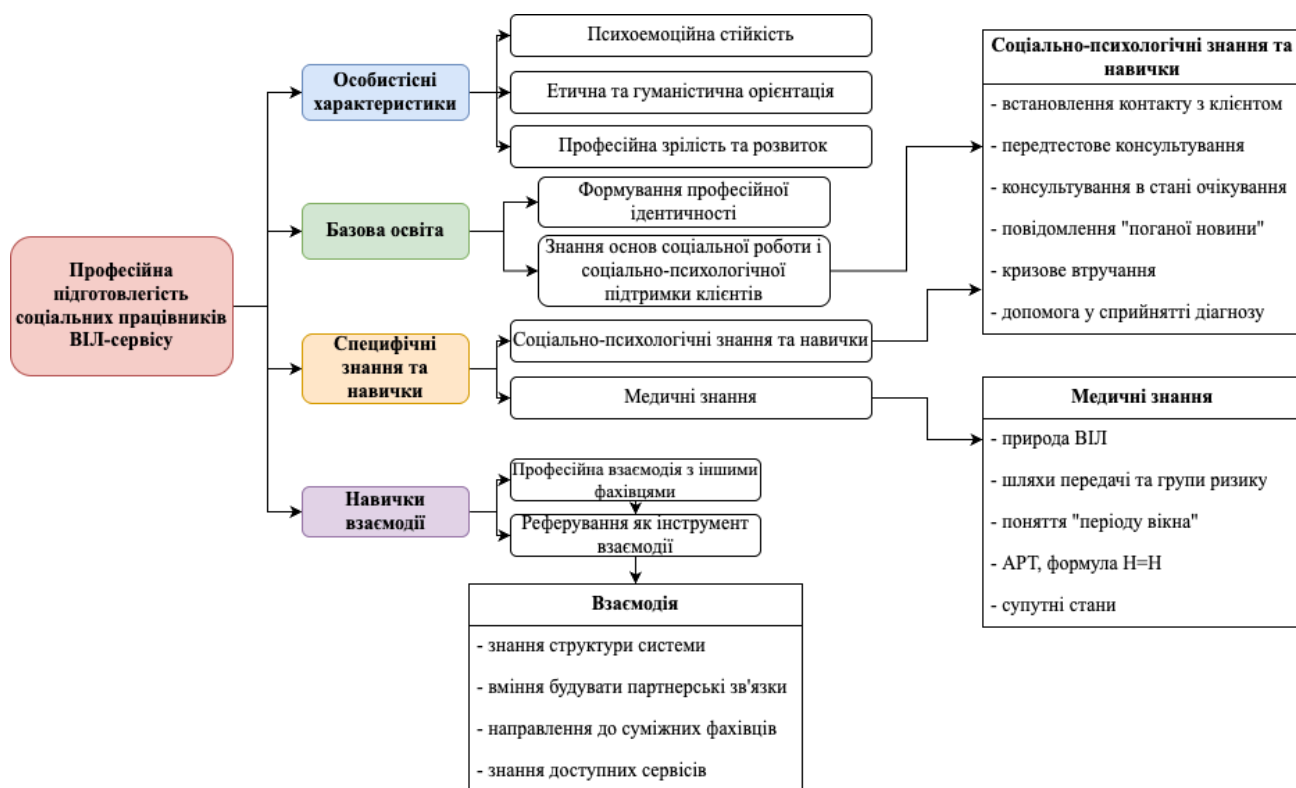
1.3. Модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу

На підставі аналізу чинної нормативно-правової бази України у сфері профілактики ВІЛ та надання послуг з ДіП ЛЖВ, а також з урахуванням сучасних наукових досліджень у галузі соціальної роботи, нами була розроблена узагальнена модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу. Така модель є спробою систематизувати ключові компоненти професійної підготовки та діяльності фахівця, що працює як у напрямку профілактики, так і у сфері ДіП ЛЖВ. Вона включає чотири взаємопов'язані блоки: 1) особистісні характеристики; 2) базова освіта; 3) специфічні знання та навички; 4) міждисциплінарна взаємодія.

Модель підкреслює важливість як освітнього компоненту, специфічних знань та навичок, так і особистісної підготовленості до роботи з представниками ключових та уразливих груп. Така підготовленість включає розвинуту емпатію, стресостійкість, ненасильницьке мислення, навички кризової комунікації, толерантність до відмінностей, здатність діяти відповідно до принципів добровільності, конфіденційності, недискримінації, “рівний-рівному”, а також уміння ефективно взаємодіяти з іншими фахівцями у сфері охорони здоров'я,

соціального захисту, правової допомоги й психічного здоров'я через перенаправлення, міжвідомчу співпрацю, мультидисциплінарний супровід та координацію маршруту клієнта відповідно до його потреб. Схематичне зображення професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервіс продемонстровано на рисунку 1.1.

Рисунок 1.1



Схематичне зображення професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу

Модель підкреслює важливість як освітнього компоненту, специфічних знань та навичок, так і особистісної підготовленості до роботи з представниками ключових та уразливих груп. Така підготовленість включає розвинуту емпатію, стресостійкість, ненасильницьке мислення, навички кризової комунікації, толерантність до відмінностей, здатність діяти відповідно до принципів

добровільності, конфіденційності, недискримінації, “рівний-рівному”, а також уміння ефективно взаємодіяти з іншими фахівцями у сфері охорони здоров’я, соціального захисту, правової допомоги й психічного здоров’я через перенаправлення, міжвідомчу співпрацю, мультидисциплінарний супровід та координацію маршруту клієнта відповідно до його потреб.

I. Шваб та В. Лютий у своїй статті підтверджують важливість саме таких професійних і особистісних характеристик соціального працівника, акцентуючи на клієнтоорієнтованості, подоланні стигми, гнучкості у форматах взаємодії, міжсекторальному партнерстві та дотриманні етичних принципів під час роботи з маргіналізованими спільнотами [37].

Крім того, міжнародний підхід, зокрема ВООЗ у своїх рекомендаціях щодо надання послуг ЛЖВ, підкреслює необхідність інтегрованого підходу, що враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти здоров’я. Цей підхід передбачає, що соціальні працівники повинні мати відповідні знання та навички для ефективної роботи в мультидисциплінарних командах, а також володіти особистісними якостями, такими як емпатія, толерантність та здатність до ефективної комунікації [60].

Таким чином, як українські, так і міжнародні джерела підтверджують, що ефективна підготовка соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу повинна базуватися на поєднанні біопсихосоціальних знань, розвитку ключових особистісних характеристик та здатності до міждисциплінарної взаємодії. У цьому контексті запропонована модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу, яку ми детально подаємо нижче, дозволяє структуровано представити ключові елементи підготовленості до роботи в цій специфічній галузі.

1. Особистісні характеристики

Соціальна робота у сфері ВІЛ-сервісу вимагає від фахівця не лише ґрунтовної професійної підготовки, а й розвинених особистісних якостей, що

дозволяють ефективно взаємодіяти з клієнтами у складних життєвих обставинах. Як і в інших напрямках соціальної роботи, професійна діяльність у цій сфері передбачає емоційне навантаження та необхідність прийняття вразливості клієнта. Водночас, специфіка ВІЛ-сервісу полягає у постійній роботі з темами стигми, дискримінації, особистих втрат, хронічного захворювання, ризикованої поведінки та складних моральних виборів, що зумовлює підвищені вимоги до психологічної витривалості, стресостійкості та етичної чутливості соціального працівника [9]. Ці вимоги особливо актуальні у роботі з представниками ключових та уразливих груп, які можуть перебувати в стані недовіри до інституцій, мати досвід насильства або ізоляції, а також демонструвати ризиковану або захисну поведінку. З огляду на це, особистісні характеристики соціального працівника виступають критичним фактором якості надання послуг, а подекуди – запорукою безпеки для самого фахівця.

Згідно з критичним підходом у соціальній роботі, соціальний працівник має бути здатним не лише підтримати клієнта на індивідуальному рівні, а й протидіяти структурним формам пригнічення, що відтворюються в суспільстві [31]. Для цього фахівець повинен володіти такими рисами, як емпатійність, емоційна витривалість, толерантність до соціальної різноманітності, внутрішня зрілість, гнучкість та етична чутливість. Т. Семигіна також підкреслює, що робота соціального працівника у сфері охорони здоров'я (включаючи ВІЛ) є “етично чутливою і спрямованою на подолання соціальних бар'єрів”, тому вимагає високого ступеня особистісної рефлексії, здатності до самоконтролю і безоціночного ставлення до клієнта [31].

Наявність ключових особистісних характеристик має відслідковуватись і підтримуватись на всіх етапах професійного шляху соціального працівника. Під час освітнього процесу в ЗВО викладачі соціальної роботи можуть звертати увагу на прояви цих якостей у студентів: рівень саморефлексії у письмових роботах, включеність у навчальне обговорення, здатність до співпереживання та

толерантності в ситуаціях групової динаміки. Важливим критичним моментом є проходження практики: саме в умовах безпосередньої взаємодії з клієнтами, навіть у супроводі куратора чи наставника, виявляється здатність студента до збереження професійної позиції, гнучкості, витримки у стресових ситуаціях.

На етапі відбору фахівців до ВІЛ-сервісних організацій роботодавці все частіше впроваджують елементи поведінкових інтерв'ю та ситуаційного моделювання. Наприклад, поширеною практикою є постановка кандидата в умовну ситуацію конфлікту цінностей або кризового епізоду (повідомлення клієнту позитивного результату тесту на ВІЛ, реакція на стигматизовану поведінку, робота з агресивним або тривожним клієнтом тощо) [54]. Такий підхід дозволяє оцінити не лише вербальні відповіді, а й емоційну регуляцію, настанови, здатність до підтримки та розуміння. Окрім того, низка організацій застосовує процедури внутрішнього наставництва та супервізії вже на робочому місці, що дає змогу виявити й підтримувати етичну та емоційну стійкість працівника у динаміці його професійного зростання [17].

Отже, включення особистісних характеристик як окремого блоку у модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу є концептуально й практично обґрунтованим. Підтвердженням цього є як положення міжнародних нормативних документів, так і результати національних досліджень, що вказують на необхідність розвитку а оцінки особистісних характеристик соціального працівника впродовж усього професійного шляху – від навчання до щоденної практики.

2. Базова освіта

Базова освіта за спеціальністю “Соціальна робота” є основою для формування професійної ідентичності соціального працівника та забезпечення якості надання послуг, зокрема у сфері ВІЛ-сервісу. Освітні програми бакалаврату передбачають засвоєння студентами теоретичних знань, практичних

навичок та етичних принципів, необхідних для роботи з вразливими групами населення.

Як зазначено у Стандарті вищої освіти за спеціальністю 231 “Соціальна робота” (рівень бакалавра), соціальний працівник повинен бути здатним розуміти сутність, принципи, функції соціальної роботи, основи міжособистісної взаємодії з клієнтом, методи соціальної діагностики, консультування, соціального супроводу, кризового втручання тощо [33].

Включення базової освіти за спеціальністю “Соціальна робота” до моделі є не лише логічним, але й необхідним кроком. Це обумовлено специфікою роботи з людьми, які живуть з ВІЛ, та представниками ключових груп, що потребують комплексного підходу, заснованого на глибоких знаннях, етичних принципах та професійних навичках.

Проте, аналіз вакансій соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу, зокрема, на сайті БО “100 відсотків життя. Київський регіон”, свідчить про те, що на практиці вимоги до освіти можуть бути менш жорсткими. У більшості оголошень зазначено, що “наявність вищої освіти буде перевагою”, без уточнення спеціальності чи обов’язковості профільної освіти [5]. Це означає, що не всі фахівці, які працюють у ВІЛ-сервісних організаціях, мають освіту за спеціальністю “Соціальна робота”.

Така ситуація підкреслює необхідність подальшого дослідження впливу базової освіти на ефективність роботи соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу. Це питання буде детально розглянуто у другому розділі нашої роботи, де буде проаналізовано стан професійної підготовки соціальних працівників в організаціях ВІЛ-сервісу.

3. Специфічні знання та навички

В умовах складності запитів клієнтів та багатовекторності роботи ВІЛ-сервісних організацій, соціальний працівник має володіти не лише загальною підготовкою, а й сукупністю спеціалізованих знань та практичних

навичок [58]. Ми умовно поділили цей компонент на два підблоки: 1) медичні знання, що охоплюють базову обізнаність про ВІЛ, профілактику, терапію та супутні стани, та 2) соціально-психологічні знання і навички, пов'язані з консультуванням, підтримкою, кризовим втручанням та супроводом клієнта.

- **Медичні знання**

Соціальний працівник, що працює у ВІЛ-сфері, не виконує функцій лікаря чи медичного консультанта, однак повинен мати чітке уявлення про ключові медичні аспекти ВІЛ-інфекції. Це включає: знання про природу вірусу, його шляхи передачі та групи ризику; розуміння поняття “період вікна” та важливості регулярного тестування; знання про антиретровірусну терапію (АРТ): її принципи, схеми, роль у профілактиці та терапії (зокрема, Н=Н – не визначається = не передається); ознайомлення з питаннями прихильності до лікування, ускладнень, супутніх інфекцій (гепатити, туберкульоз), схем маршруту клієнта [29].

У документі ВООЗ Оптимізація програм працівників охорони здоров'я на рівні спільноти для надання ВІЛ-послуг (Optimizing community health worker programmes for HIV services) вказано, що особи, які працюють у ВІЛ-сервісі, зокрема соціальні працівники, повинні мати ґрунтовну обізнаність із питаннями лікування, догляду та профілактики у сфері ВІЛ. Це є обов'язковим для забезпечення сталого зв'язку клієнта із системою охорони здоров'я та підтримки його прихильності до АРТ [52].

- **Соціально-психологічні знання та навички**

Другий підблок охоплює знання і навички, які є ключовими для безпосередньої комунікації з клієнтом. До них належать:

- 1) вміння встановити контакт з клієнтом (особливо в стані страху чи заперечення);

- 2) проведення передтестового консультування: пояснення суті послуги, принципів добровільності, конфіденційності, безоплатності, а також процесу тестування і можливих результатів;
- 3) консультування в очікуванні результату;
- 4) вміння повідомити “погану новину”;
- 5) кризове втручання при позитивному результаті;
- 6) надання базової емоційної підтримки, інформування партнера(ів), перенаправлення до медичних, правових чи психологічних сервісів;
- 7) супровід клієнта для отримання АРТ.

Водночас, як ми зазначали раніше, в системі ВІЛ-сервісу розрізняють два основні напрями профілактику та догляд та ДіП, кожен із яких має свою функціональну специфіку. Проте, незалежно від напрямку роботи, соціальний працівник має володіти певною спільною базою знань і навичок, зокрема – бути здатним до інформування, чутливої комунікації та базового кризового втручання [55]. Це особливо актуально у ситуаціях, коли результат тесту на ВІЛ виявляється позитивним: навіть якщо соціальний працівник формально працює у напрямі профілактики, саме він нерідко є першим, хто повідомляє про результат і підтримує клієнта в цей критичний момент. Тим більше така компетентність є необхідною для фахівців, що працюють у напрямі ДіП, адже саме вони супроводжують клієнтів із підтвердженим ВІЛ-статусом впродовж усього процесу адаптації, формування прихильності та терапії [30].

В рамках програми ДіП “Школа пацієнта” [3], передбачено проведення п’яти індивідуальних сесій, які охоплюють теми:

1. Що таке ВІЛ: розуміння та прийняття хвороби;
2. АРТ-терапія і прихильність до неї;
3. Турбота про власне здоров’я;
4. Позитивна профілактика та репродуктивне здоров’я;
5. Активна диспансеризація.

Ефективність цього консультування неможлива без володіння соціальним працівником комплексом специфічних соціально-психологічних навичок, що передбачають використання як комунікативних технік, так і елементів психологічної допомоги [10].

Так, наприклад, перша сесія – “Що таке ВІЛ: розуміння та прийняття хвороби” – передбачає підтримку клієнта в момент, коли той нещодавно дізнався про свій діагноз або ще не пройшов повної фази психологічного прийняття. Це консультування за своєю суттю є етапом кризового втручання, що вимагає застосування технік емоційного заземлення, нормалізації психоемоційного стану, а також валідації почуттів. Соціальний працівник має вміти не лише пояснити клієнту суть ВІЛ-інфекції зрозумілою мовою, а й надати безпечний простір для проживання перших емоційних реакцій – від шоку до заперечення або страху [43].

Таким чином, специфічні знання та навички соціального працівника у сфері ВІЛ-сервісу є ключовим компонентом його професійної підготовленості, що забезпечує ефективне, безпечне та етично виважене надання послуг як у напрямку профілактики, так і в межах ДіП.

4. Міждисциплінарна взаємодія

Сфера ВІЛ-сервісу передбачає не лише індивідуальну роботу соціального працівника з клієнтом, а й постійну взаємодію з фахівцями суміжних галузей: медичними працівниками, юристами, психологами, працівниками органів соціального захисту тощо. Така модель взаємодії відповідає міждисциплінарному підходу, в межах якого фахівці з різними функціональними ролями координують свої дії для досягнення цілісного, стійкого результату в житті клієнта.

Для соціального працівника це означає не лише знання структур системи охорони здоров'я, соціального захисту, НУО, а й здатність і готовність до побудови партнерських професійних відносин. Працівник має володіти

навичками ефективної комунікації в професійному середовищі, розуміти розподіл відповідальності між учасниками командної роботи, вміти аргументовано представляти інтереси клієнта.

Однією з ключових форм міждисциплінарної взаємодії є реферування – процес направлення клієнта до суміжного спеціаліста або організації відповідно до виявлених потреб. У сфері ВІЛ це можуть бути: направлення до лікаря-інфекціоніста для постановки на АРТ; до психолога – у разі переживання діагнозу або супутньої тривоги; до юриста – при порушенні прав клієнта; до сервісів замісної підтримувальної терапії, шелтерів або програм соціальної адаптації тощо [56].

Одним із практичних інструментів, що полегшує ефективне реферування клієнтів, є “Посібник з контактною інформацією та описом послуг ... в рамках наявних проєктів та державної системи безоплатної правничої допомоги”, розроблений Альянсом громадського здоров’я [21]. У цьому матеріалі зібрано перелік організацій по всій Україні, до яких соціальні працівники можуть перенаправити клієнтів залежно від виявлених запитів: правової допомоги, психічного здоров’я, профілактики та лікування ВІЛ, супроводу при туберкульозі, підтримки людей, які вживають наркотики, тощо. Посібник включає не лише назви установ, а й контактні дані, типи послуг та умови надання, що робить його зручним для щоденного використання в роботі фахівця.

Відтак, міждисциплінарна взаємодія в рамках ВІЛ-сервісу – це не лише принцип, а й конкретний алгоритм дій, що передбачає знання доступних сервісів, уміння будувати партнерські зв’язки, здійснювати перенаправлення, контролювати подальше залучення клієнта до послуг і, зрештою, забезпечувати цілісну модель підтримки.

Запропонована модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу є результатом аналітичного узагальнення нормативних

вимог, наукових підходів та функціональної специфіки діяльності соціальних працівників, що працюють із представниками ключових груп та ЛЖВ. Її структура – чотири взаємопов'язані блоки, що відображають комплексний характер сучасної соціальної роботи у цій галузі, де фахівець виконує не лише роль надавача послуг, а й координатора, комунікатора, фасилітатора змін і партнера клієнта.

Застосування цієї моделі може мати як освітню, так і практичну цінність. З одного боку, вона може бути використана як орієнтир при формуванні змісту освітніх програм або тренінгових курсів для підготовки та підвищення кваліфікації соціальних працівників. З іншого – вона може бути основою для кадрової політики у ВІЛ-сервісних організаціях: від формування профілю посади й опису функцій до оцінки якості надання послуг і супервізійної підтримки працівника. Водночас, модель не є вичерпною – вона не враховує специфіки окремих груп клієнтів, регіональних відмінностей, внутрішньоорганізаційних стандартів, тому потребує подальшої адаптації в практичній площині.

Висновки до розділу 1

За результатами аналізу функціональних обов'язків соціального працівника в організаціях ВІЛ-сервісу з'ясовано, що діяльність фахівця охоплює широкий спектр завдань, що ґрунтуються на нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я та соціального захисту. В межах профілактичного напрямку соціальні працівники забезпечують первинне інформування клієнтів з ключових груп щодо ризиків інфікування ВІЛ, здійснюють оцінку поведінкових практик, проводять мотиваційне консультування, супроводжують клієнта на всіх етапах самотестування на ВІЛ, а також забезпечують перенаправлення за результатами тесту. У напрямі ДіП ЛЖВ функціонал включає постановку на облік,

формування прихильності до АРТ, залучення до медичного нагляду, мотиваційне консультування, допомогу у подоланні стигми та дискримінації тощо.

Аналіз методологічних підходів до професійної підготовки соціальних працівників засвідчив наявність нормативної бази, проте виявив фрагментарність у змісті підготовки фахівців до роботи у сфері ВІЛ-сервісу. Вітчизняна система освіти соціальних працівників частково охоплює тематику ВІЛ. Водночас, поза межами формальної освіти існує значна кількість відкритих ресурсів, які пропонують спеціалізовані навчальні програми та курси підвищення кваліфікації для соціальних працівників, що працюють в організаціях ВІЛ-сервісу.

Узагальнення наукових джерел та професійних стандартів дало змогу побудувати модель професійної підготовленості соціальних працівників ВІЛ-сервісу, яка охоплює чотири взаємопов'язані блоки: базову освіту, специфічні знання й навички, особистісні характеристики та здатність до міждисциплінарної взаємодії.

Отже, запропонована модель може слугувати теоретичною та практичною основою для подальших досліджень професійної підготовленості, а також вдосконалення програм підготовки соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ ВІЛ-СЕРВІСУ В УКРАЇНІ

2.1. Методологія дослідження та обґрунтування вибірки

Для вивчення особливостей підготовки соціальних працівників до роботи у сфері ВІЛ-сервісу було обрано комплексний підхід, який охоплює як знання фахівця про ВІЛ, так і його внутрішні ресурси, необхідні для роботи з ключовими та уразливими категоріями населення. Це пояснюється тим, що діяльність у цій сфері потребує не тільки професійної обізнаності, а й витривалості до стресу, вміння долати емоційне виснаження, зберігати стійкість у складних ситуаціях.

У дослідженні було використано два інструменти. Для оцінки рівня психологічної стійкості до професійних викликів застосовано Опитувальник професійної життестійкості О. М. Кокуна [13]. Методика дозволяє виявити, наскільки фахівець готовий справлятися з навантаженням, приймати складні рішення і залишатися ефективним у кризових умовах.

Для визначення рівня обізнаності працівників щодо ВІЛ, антиретровірусної терапії, профілактики, прав людини та основних функцій соціального працівника, було розроблено авторську анкету. Її структура відповідає сучасним нормативним документам у сфері ВІЛ-сервісу.

Додатковим елементом став соціально-демографічний блок, який дозволяє простежити, як різні характеристики респондентів (вік, освіта, досвід, участь у навчаннях тощо) пов'язані з рівнем їхньої життестійкості та знань. Це дає змогу виявити чинники, що впливають на якість професійної підготовки.

Такий підхід забезпечує комплексний аналіз підготовленості соціального працівника: від базових знань до особистісної витривалості. Нижче наведено детальний опис кожного з блоків використаної анкети.

- **“Опитувальник професійної життєстійкості” О. М. Кокуна (2021).** Опитувальник професійної життєстійкості, розроблений колективом під керівництвом О. М. Кокуна (2021), складається з 24 тверджень та призначений для вимірювання стійкості фахівця до професійних стресорів. Респондент відмічає одне з 5 варіантів відповіді (ранжованих за інтенсивністю прояву ознаки від 0 до 4). Інструмент дозволяє визначити загальний рівень професійної життєстійкості (максимум 96 балів) та 8 її складових показників. Бали за кожним питанням підсумовуються за спеціальною шкалою, надаючи можливість виявити загальний ресурс фахівця і окремі “слабкі” місця (наприклад, низький емоційний чи мотиваційний компонент).

Концепція опитувальника базується на трьох взаємопов’язаних складових життєстійкості: контроль, включеність та прийняття виклику. У кожній із цих трьох сфер виділено по чотири компоненти – емоційний, мотиваційний, соціальний та професійний. Таким чином, кожне запитання опитувальника належить до однієї із трьох основних груп (включеність, контроль, виклик) та до одного з чотирьох компонентів стійкості. Структуру та кількість запитань наведено нижче.

1. Загальний рівень професійної життєстійкості. Це інтегральна оцінка стійкості фахівця на робочому місці, що відображає сукупний вплив усіх складових (контроль, включеність, прийняття виклику) і компонентів (емоційного, мотиваційного, соціального, професійного).

На практиці в сфері ВІЛ-сервісу це означає здатність соціального працівника спокійно реагувати на труднощі, протистояти стресам та запобігати професійному вигоранню. Іншими словами, високий загальний рівень показує, що фахівець упевнено адаптується до викликів (зміни форм роботи, кризові

ситуації), зберігає здоров'я і підтримує ефективність у довгостроковій перспективі. Для спеціаліста, який працює з людьми, що живуть з ВІЛ, це особливо важливо: він мусить поєднувати глибоке співчуття з достатнім ресурсом витривалості, щоб не “виснажитися” від емоційного навантаження і постійно забезпечувати якісну підтримку клієнтам. Питань: 24.

2. Рівень професійної включеності. Цей показник відповідає компоненту “залученості” – наскільки фахівець ідентифікує себе зі своєю роботою, відчуває інтерес та смисл у професійній діяльності.

Високий рівень включеності може означати, що соціальний працівник мотивований допомагати ЛЖВ, зацікавлений у результатах роботи та активно вкладає себе в завдання (наприклад, організацію підтримки груп самодопомоги, інформаційно-просвітницьку роботу). Для ВІЛ-сервісу це критично важливо, бо значний обсяг роботи може бути виснажливим через стигму та психологічний біль клієнтів – сильне почуття причетності до мети допомагає фахівцеві долати ці труднощі. Питань: 8.

3. Рівень професійного контролю. Цей показник відображає ступінь відчуття контролю над своєю роботою і здатності впливати на події. Він показує, наскільки фахівець відчуває себе здатним планувати, приймати рішення та вирішувати проблеми у професійній діяльності.

У контексті соціальної роботи з людьми, що живуть з ВІЛ, високий рівень контролю означає, що працівник не відчуває безпорадності перед складними випадками, а шукає і реалізовує конкретні підходи для допомоги (наприклад, встановлює чіткі плани дій з клієнтом або організовує підтримку інших спеціалістів). Це допомагає уникати фрустрації від непередбачуваних ситуацій (різні реакції пацієнтів, брак ресурсів тощо) і зберігати професійну самодостатність. Питань: 8.

4. Рівень професійного прийняття виклику. Цей показник відповідає компоненту “виклику” – готовності вважати нові, складні умови

роботи не загрозою, а стимулом для розвитку. Фахівець із високим рівнем прийняття виклику охоче долає труднощі, сприймає нові завдання як можливість зростання і навчається на помилках.

У сфері ВІЛ-сервісу це може означати, що працівник відкритий до запровадження інноваційних підходів (наприклад, нові методики консультування чи профілактики), не боїться ризикувати, шукає нетрадиційні шляхи підтримки клієнтів. Такий підхід допомагає адаптуватися до змін (законодавчих, медичних, соціальних) і підтримувати професійну компетентність у динамічному середовищі. Питань: 8.

5. Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості. Цей показник характеризує емоційну стійкість у професійному контексті – здатність регулювати власні почуття, не піддаватися хронічному стресу і витримувати напругу роботи. Високий емоційний показник означає, що працівник вміє зберігати душевну рівновагу, активно знаходить способи зняти напругу (наприклад, через хобі чи спілкування з колегами) та не переносити негативну енергію клієнтів на себе.

У роботі з ЛЖВ це особливо актуально через сильне емоційне навантаження: фахівцю доводиться часто вислуховувати трагічні історії, ризикувати власним емоційним виснаженням. Добре розвинена емоційна життєстійкість допомагає соціальному працівнику підтримувати стабільність настрою, проявляти емпатію, але при цьому не вигорати і не втрачати мотивацію. Питань: 6.

6. Рівень мотиваційного компоненту професійної життєстійкості. Цей показник відображає мотиваційну складову: наскільки сильна внутрішня мотивація фахівця, цілеспрямованість та інтерес до професійної діяльності. Успішний фахівець із високою мотивацією продовжує докладати зусиль навіть за відсутності негайного результату, ставить перед собою нові цілі (наприклад,

покращити методику допомоги чи підвищити власну кваліфікацію) і шукає зворотний зв'язок від роботи.

У ВІЛ-сервісі мотивація допомагає не втратити цікавість до роботи з клієнтами, які можуть не завжди швидко реагувати на підтримку, та підтримує бажання навчатись і розвиватися для кращого обслуговування вразливих груп.

Питань: 6.

7. Рівень соціального компоненту професійної життєстійкості. Цей показник пов'язаний із соціальною складовою стійкості – здатністю будувати й підтримувати якісні взаємодії, отримувати і надавати підтримку. Соціальний працівник із високим балом за цим показником вміє організувати довірливі стосунки з колегами та клієнтами, має розвинені навички комунікації і використовує мережу контактів для вирішення робочих задач.

У сфері ВІЛ-сервісу це може означати, що працівник активно співпрацює з громадськими організаціями, налаштовує підтримку спільноти, допомагає клієнтам виходити із соціальної ізоляції. Така соціальна підтримка полегшує психологічний тягар роботи (запобігаючи самотності і стресу) і підсилює спроможність спеціаліста долати важкі ситуації разом з іншими. Питань: 6.

8. Рівень власне професійного компоненту професійної життєстійкості. Цей показник характеризує професійну складову – застосування знань, навичок і компетенцій безпосередньо в роботі. Він показує, наскільки впевнено фахівець використовує професійні інструменти, постійно навчається та адаптує свою експертизу під вимоги ситуації. У контексті ВІЛ-сервісу це означає, що спеціаліст володіє актуальними знаннями про захворювання, методами профілактики та терапевтичної підтримки, а також має навички вирішення практичних питань (наприклад, консультування ЛЖВ з питань лікування або координація реабілітації). Високий професійний рівень допомагає працювати ефективно – навіть у складних умовах фахівець упевнено

орієнтується у специфічних ситуаціях і підтримує професійну якість допомоги.

Питань: 6.

- **Анкета на знання ВІЛ та функцій соціального працівника сфері ВІЛ-сервісу** була розроблена з метою оцінки обізнаності соціальних працівників щодо ключових понять, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, профілактикою, доглядом і підтримкою, принципами надання послуг та етичними нормами роботи у сфері ВІЛ-сервісу.

Анкета містить 24 тестових запитання, до кожного з яких респондент має обрати одну правильну відповідь із чотирьох запропонованих варіантів. Зміст завдань охоплює п'ять основних блоків знань: біомедичні знання (вірус, тестування, терапія), знання про профілактику, догляд і підтримку, правозахисну сферу та професійні функції соціального працівника (Додаток А). Таким чином, інструмент дозволяє не лише виміряти загальний рівень інформованості, а й ідентифікувати прогалини у фаховій підготовці працівників.

Кожна правильна відповідь оцінюється в 1 бал, максимальна кількість балів – 24. Високим рівнем знань вважається 20-24 бали, середнім – 14-19 балів, низьким – 0-13 балів.

1. Медичні основи ВІЛ-інфекції. Досліджує базове розуміння біологічної природи ВІЛ: вплив на імунну систему, поняття “період вікна”, специфіку тестування у цей період, а також мету і дію антиретровірусної терапії. Соціальний працівник у сфері ВІЛ-сервісу не є лікарем, проте повинен володіти базовими знаннями про природу ВІЛ, механізми його впливу на організм та принципи діагностики. Без цього він не зможе якісно проводити дотестове консультування, роз'яснювати клієнтам різницю між типами тестів, або пояснити важливість дотримання схеми АРТ. Відтак, саме ці знання формують основи змістовного, науково обґрунтованого інформування клієнтів і є умовою для запобігання поширенню міфів і страхів. Загальна кількість питань 5:

- Скільки в середньому триває “період вікна” після інфікування;
- Що руйнує ВІЛ в першу чергу;
- Який тест найточніше визначає ВІЛ у “період вікна”.

2. Профілактика ВІЛ та принципи зменшення шкоди. Виявляє рівень обізнаності щодо сучасних профілактичних підходів, зокрема доконтактної профілактики (PrEP), самотестування (СТ-ВІЛ), компонентів базового пакета послуг та суті стратегії зменшення шкоди. Реалізація профілактичних програм є одним із головних напрямів роботи соціального працівника у ВІЛ-сервісі. Саме працівник проводить аутріч, інформує клієнтів про PrEP, самотестування, безпечні сексуальні практики тощо. Розуміння стратегії зменшення шкоди критично важливе для ефективного спілкування з представниками ключових груп, зокрема ЛВІН чи ЧСЧ, які часто зіштовхуються з недовірою до системи. Загальна кількість питань 6:

- Для чого використовується PrEP;
- Що означає СТ-ВІЛ;
- Яка з послуг не входить до базового пакету профілактики ВІЛ серед

ключових груп.

3. Догляд і підтримка та маршрутизація клієнта. Оцінює знання щодо дій після отримання позитивного результату тесту, алгоритмів скерування до ЗОЗ, основних функцій супроводу ЛЖВ. Соціальний працівник відіграє ключову роль у навігації клієнта через систему охорони здоров'я: пояснює значення результатів тесту, скеровує до медичних закладів, підтримує прихильність до лікування. Без чіткого розуміння алгоритмів маршрутизації, принципів ДіП ЛЖВ та логіки взаємодії із системою охорони здоров'я працівник не зможе виконати свою функцію супроводу ефективно. Всього питань 5:

- Що має зробити людина після отримання позитивного результату швидкого тесту на ВІЛ;

- Яка основна мета АРТ;

- Що включають в себе послуги з ДіП.

4. Професійна етика та межі повноважень соціального працівника.

Перевіряє орієнтацію в етичних принципах роботи у ВІЛ-сервісі, знання щодо недопустимих дій фахівця, вимог до конфіденційності, добровільності та обмеження професійних інтервенцій. У ВІЛ-сфері етичні дилеми виникають щодня: від розкриття статусу до впливу на вибір лікування. Порухення меж – наприклад, примус до тестування або передача конфіденційної інформації – може призвести до втрати довіри клієнта й порушення прав людини. Всього питань 4:

- Оберіть, що не має робити соціальний працівник;

- Як можна визначити стигматизацію ЛЖВ;

- Яка з наведених дій не входить до функцій соціального працівника у сфері ВІЛ.

5. Правозахисні знання. Оцінює знання соціального працівника щодо прав людей, які живуть з ВІЛ, зокрема: доступ до безоплатного тестування, недопущення дискримінації, принципи конфіденційності та вчасного направлення до ЗОЗ. Також блок включає питання про розуміння явищ стигматизації. Цей блок дає змогу оцінити, чи здатен соціальний працівник виступати не лише як інформатор, а й як адвокат прав клієнта. Знання правового поля, алгоритмів захисту і можливих проявів дискримінації є особливо важливими у роботі з ЛЖВ, які часто зазнають подвійної стигми – за статусом і приналежністю до ключової групи. Працівник повинен вміти не лише надати послугу, а й захистити клієнта від порушення прав у системі охорони здоров'я, соціального захисту чи навіть у побутовому середовищі. Всього питань 4:

- Хто може отримати безкоштовний тест на ВІЛ в Україні;

- Що повинен враховувати соціальний працівник у роботі з ЛЖВ;
- Що належить до порушення прав ЛЖВ.

Обрані інструменти спрямовані на визначення професійно важливих якостей та рівень підготовленості працівників, які працюють в організаціях ВІЛ-сервісу, і можуть допомогти оцінити їх спроможність працювати у зазначеному напрямку.

Емпіричну базу дослідження склали 52 соціальних працівники, залучених за методом цільової вибірки з 12 ВІЛ-сервісних НУО, що надають послуги в Україні, а саме: мережа БО “100 відсотків життя” (Київський регіон, Тернопіль, Черкаси, Львів, Запоріжжя), ВБО “Конвіктус Україна” (м. Київ), БО “Позитивні жінки” (м. Київ), ГО “Альянс.Глобал” (м. Київ), МГО МГР “Партнер” (м. Одеса), ГО “Перспектива” (м. Житомир), БО “Світло надії” (м. Полтава), ОБФ “Повернення до життя” (м. Кропивницький), ГО “Клуб “Еней” (м. Київ), Асоціація “Вікторія” (м. Хмельницький), БО “Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу” (м. Київ).

Серед опитаних у дослідженні взяли участь 32 жінки (61.5%) і 20 чоловіків (38.5%). Більшість респондентів (29 опитаних) належать до вікової групи 25-40 років (55.8%), 18 опитаних – старше 40 років, і лише 5 – молодше 25 років. Середній вік становить 36.6 років, що може свідчити про те, що з досліджуваних організацій більшість працює з молодою клієнтською групою, і, відповідно, наймає працівників приблизно в такій же віковій групі. Розподіл вибірки статтю та віковою групою наведено у таблиці 2.1 та 2.2 відповідно.

Таблиця 2.1

Розподіл вибірки за статтю

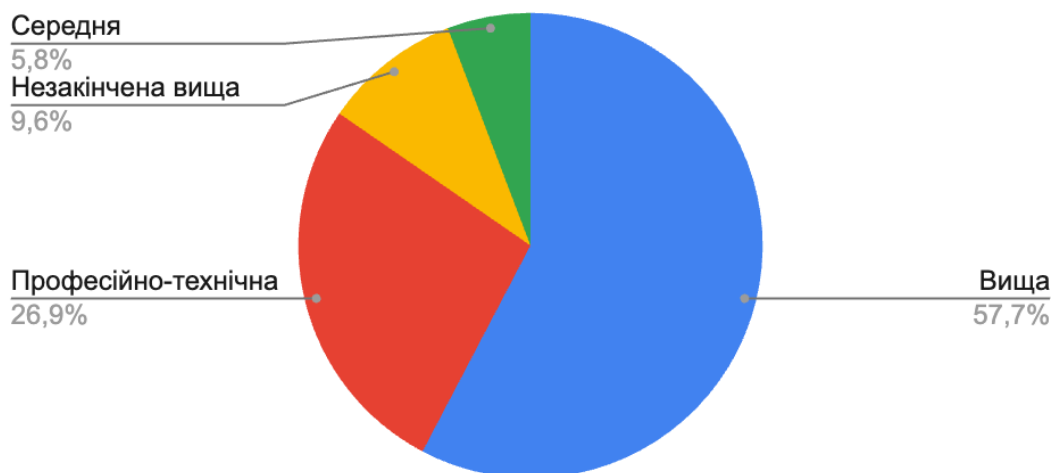
Стать	n	%
Жіноча	32	61.5
Чоловіча	20	38.5

Розподіл вибірки за віковою групою

Вікова група	n	%
До 25 років	5	9.6
25-40 років	29	55.8
Більше 40 років	18	34.6

За освітнім рівнем: більшість (30 опитуваних, 57.7%) мають вищу освіту (бакалавр/магістр); 14 осіб (26.9%) – професійно-технічну освіту; 5 (9.6%) – незакінчену вищу; 3 людини (5.8%) – середню освіту (рис. 2.1).

Рисунок 2.1

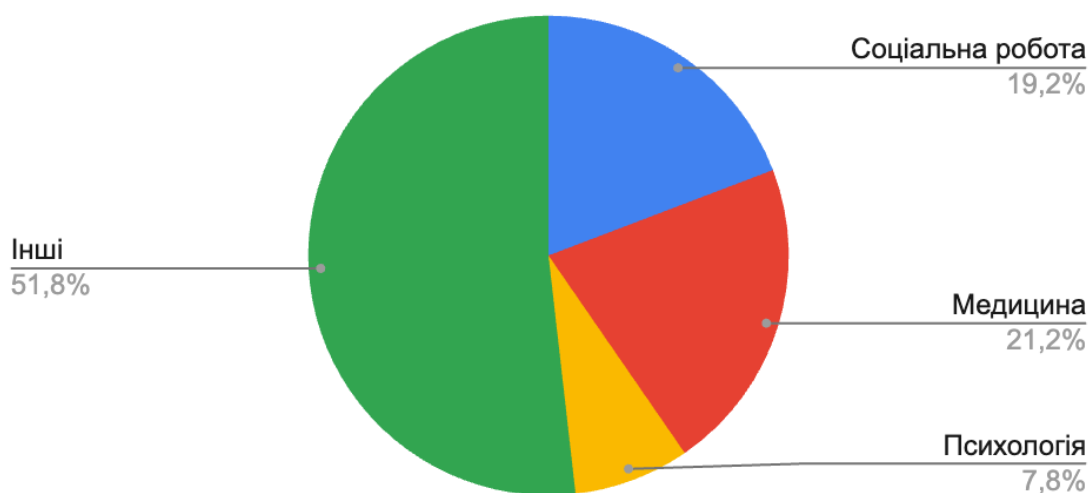


Розподіл вибірки за ступенем освіти

Проте лише 10 осіб (19.2%) за фахом є саме соціальними працівниками (мають диплом спеціальності “Соціальна робота”). Поряд із соціальними працівниками за чисельністю є група респондентів із медичною освітою – 11 осіб (21.2%). Їхня присутність цілком логічна, адже чинні нормативи прямо вимагають включати медичного працівника до мультидисциплінарної команди,

що надає ВІЛ-сервісні послуги. Окрему групу становлять фахівці з психологічною освітою – таких серед респондентів було 4 особи (7,8%). Решта 30 осіб (51,8%) представляють інші спеціальності, зокрема інженерну справу, право, історію, педагогіку, менеджмент тощо. Отже, у нашій вибірці переважають працівники без профільної освіти соціального працівника, що також може свідчити про необхідність поглиблення фахових знань саме з соціальної роботи. Розподіл вибірки за ступенем освіти та спеціальністю наведено на рисунку 2.2.

Рисунок 2.2



Розподіл вибірки за отриманою спеціальністю

Стаж роботи респондентів у сфері ВІЛ-сервісу охоплює діапазон від кількох місяців до 20 років: 5 осіб (9.6%) мають досвід менше 1 року; 28 (53.8%) – від 1 до 5 років; 19 опитуваних (36.6%) – понад 5 років. Такий розподіл свідчить про присутність у вибірці як фахівців із початковим рівнем професійного досвіду, так і більш досвідчених працівників.

Усі респонденти працюють у НУО; за *напрямами діяльності* 27 людей (52%) залучені до Профілактики; 11 (21.1%) – до ДіП; ще 14 опитуваних (26.9%) поєднують обидва напрями. Переважання напрямку профілактики серед

респондентів свідчить про те, що основним видом діяльності в організаціях ВІЛ-сервісу є саме профілактика і попередження ВІЛ. Розподіл за напрямками діяльності наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл вибірки за напрямками діяльності

Напрямок	n	%
Профілактика	27	52
ДіП	11	21.1
Обидва	14	26.9

Додатковий розподіл респондентів за організаційною належністю дозволив окреслити, які саме ВІЛ-сервісні НУО стали джерелом емпіричних даних. Найбільше представлені працівники БО “100 відсотків життя. Київський регіон” – 18 осіб (32.7% вибірки), 10 респондентів (15.4%) представляють одеську МГО МГР “Партнер”, ще 5 (9.6%) працюють у складі полтавської БО “Світло Надії”. 7 респондентів (11.5%) залучені з інших регіональних підрозділів мережі “100 відсотків життя” (Тернопіль, Львів, Запоріжжя, Черкаси), а решта – 16 осіб (30.7%) – працюють в інших організаціях. Розподіл всіх респондентів наведено у таблиці 2.4.

З огляду на те, що найбільшу кількість респондентів було залучено з мережі БО “100 відсотків життя”, особливо з київської регіональної мережі, МГО МГР “Партнер” та БО “Світло Надії”, доцільним є окремий опис специфіки їхньої діяльності у сфері ВІЛ-сервісу.

1. **Мережа БО “100 відсотків життя”** є найбільшим об’єднанням пацієнтських і сервісних організацій у сфері ВІЛ в Україні. Її регіональні підрозділи функціонують у різних областях і надають повний спектр ВІЛ-сервісних послуг: від первинної профілактики серед ключових груп до

супроводу ЛЖВ на АРТ. Діяльність організацій мережі базується на принципах доступності, дотримання прав людини, рівного партнерства з клієнтами та доказового підходу. Зокрема, фахівці мережі реалізують інтервенції у сфері доконтактної та постконтактної профілактики (PrEP/PEP), аустріч-тестування, індексного тестування, підтримки прихильності до лікування та правозахисту.

Таблиця 2.4

Розподіл вибірки за належністю до організації

Організація	n	%
БО “100 відсотків життя. Київський регіон”	18	32.7
МГО МГР “Партнер”	10	15.4
БО “Світло Надії”	5	9.6
Мережа БО “100 відсотків життя” (інші регіони)	7	11.5
ВБО “Конвіктус Україна”	2	3.8
БО “Позитивні жінки”	1	1.9
ГО “Перспектива”	2	3.8
ГО “Альянс.Глобал”	1	1.9
Асоціація “Вікторія”	1	1.9
БО “Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу”	2	3.8
ОБФ “Повернення до життя”	2	3.8
ГО “Клуб “Еней””	1	1.9
Усього	52	100

Особливо активною є діяльність київського регіонального підрозділу – **БО “100 відсотків життя. Київський регіон”**, що виступає базовою організацією для реалізації пілотних програм у столиці та навколишніх громадах. Її

працівники здійснюють консультування, скринінг на супутні стани (гепатити, туберкульоз, депресію), логістичний супровід до ЗОЗ, ведення випадків, а також координацію мобільних команд. Організація активно впроваджує інноваційні форми дистанційної роботи та постійно підтримує професійний розвиток персоналу через участь у навчаннях, тренінгах та супервізіях.

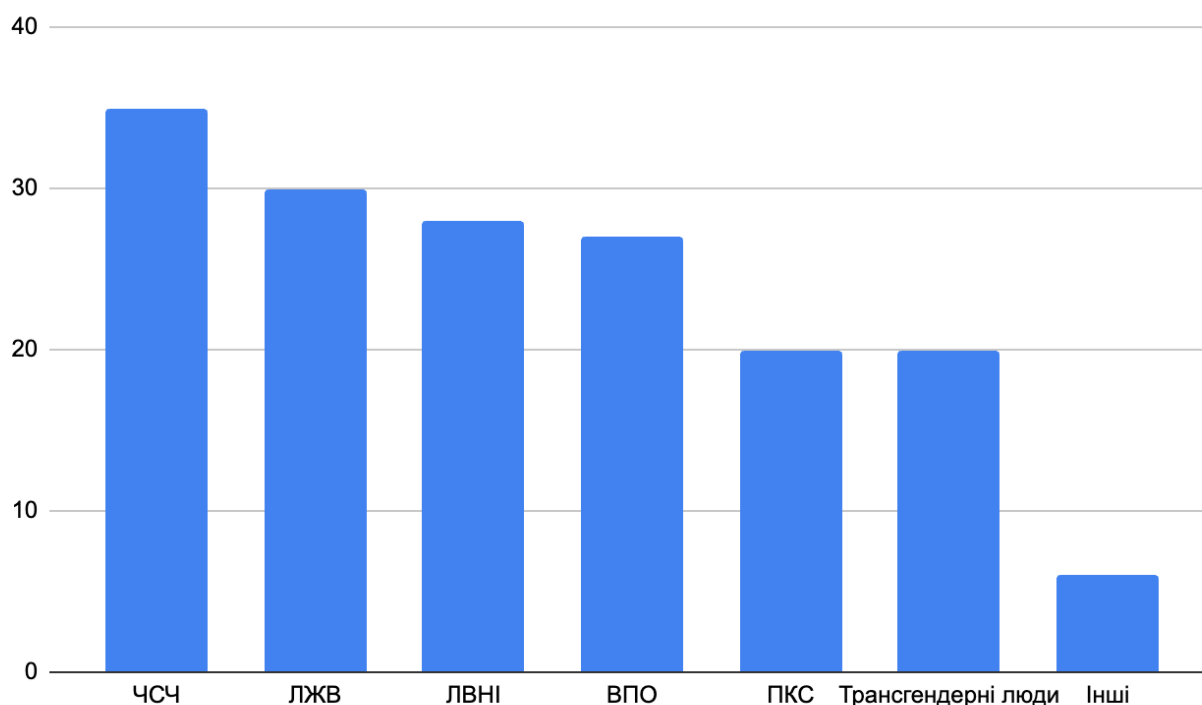
2. **МГО МГР “Партнер”** базується в Одесі та спеціалізується на роботі з представниками ключових груп щодо інфікування ВІЛ – зокрема ЧСЧ, трансгендерними людьми, ПКС та ЛВНІ. Організація здійснює профілактичні інтервенції, проводить тестування, консультування, видачу засобів зменшення шкоди, а також скринінг на супутні інфекції. Значна увага приділяється правозахисній складовій, роботі з ЛГБТК+ спільнотами та формуванню безпечного середовища для клієнтів.

3. **БО “Світло Надії”** є однією з провідних структур у Полтаві з понад 20-річним досвідом у сфері протидії ВІЛ. Організація реалізує програми профілактики серед ЛВНІ, ВПО, ПКС, ЧСЧ, а також здійснює повноцінний супровід ЛЖВ, включаючи постановку на облік, підтримку на АРТ, психосоціальні консультації та перенаправлення до суміжних сервісів. Характерною особливістю є наявність мультидисциплінарної команди, що включає соціальних працівників, медичних консультантів, психологів і юристів. “Світло Надії” бере участь у міжнародних проєктах та є визнаним партнером у побудові системи послуг на рівні громад.

Розподіл за *клієнтськими групами*, з якими працюють респонденти, подано в рисунку 2.3. Найбільша кількість відповідей від соціальних працівників була про роботу з чоловіками, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) – 35 відповідей (67.3%). Це пов’язано з тим, що ЧСЧ є однією з основних груп, на які орієнтовані програми з протидії ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема в межах профілактики та тестування.

Другою за поширеністю відповідей є категорія ЛЖВ – 30 відповідей (57.7%). Їхня робота зазвичай пов'язана з підтримкою прихильності до АРТ, консультуванням, супроводом у доступі до медичних і соціальних послуг. На третьому місці знаходиться ЛВНІ – 28 згадувань (53.8%), що відповідає поточним пріоритетам у сфері зменшення шкоди та профілактики парентерального шляху передачі ВІЛ.

Рисунок 2.3



Розподіл за клієнтськими групами, з якими працює вибірка

Значна частка відповідей свідчить також про роботу з ВПО – 27 згадувань (51.9%). Актуальність цієї групи зросла після початку повномасштабної війни, коли питання збереження безперервного доступу до лікування та переобліку ЛЖВ набули особливої ваги.

По 20 відповідей (38,5%) мають категорії працівники/працівниці комерційного сексу (ПКС) та трансгендерні люди, що свідчить про поступове

розширення сфери клієнтських груп у діяльності ВІЛ-сервісних організацій. Категорія “Інші” охоплює роботу з менш представленими, але не менш важливими групами – військовослужбовцями, підлітками з груп ризику, людьми, що вживають психоактивні речовини не ін’єкційним шляхом тощо.

Отримані відповіді свідчать про те, що значна частина соціальних працівників не обмежуються роботою лише з однією категорією клієнтів. У практичній діяльності вони часто взаємодіють одночасно з кількома ключовими групами, що можна вважати специфікою роботи в організаціях ВІЛ-сервісу. На відміну від державних центрів соціальних служб, де соціальні працівники працюють з переважно однією клієнтською категорією, у ВІЛ-сервісних організаціях працюють з різними клієнтськими групами. Різноманітність клієнтських груп вимагає від фахівців ширшої обізнаності та гнучкості у взаємодії.

Отримані соціально-демографічні характеристики дали змогу окреслити основні параметри досліджуваної вибірки та отримати інформацію про загальний рівень освіти та ключові клієнтські групи, з якими працюють соціальні працівники.

Первинні результати дослідження професійної життєстійкості

У дослідженні взяли участь 52 соціальні працівники (N=52), для яких визначено загальні бали професійної життєстійкості та віднесено їх до однієї з п’яти рівневих категорій: низький, нижче середнього, середній, вище середнього або високий рівень. Нормативні межі цих градацій визначені за рекомендаціями О. М. Кокуна методом п’яти квінтилів (кожна межа відповідає 20% вибірки). Зокрема, для загального показника життєстійкості інтервали становлять: 0–53 балів – низький рівень (перші 20% розподілу), 54–59 – нижчий за середній (21–40%), 60–63 – середній (41–60%), 64–69 – вищий за середній (61–80%), та 70–96 балів – високий рівень (верхні 20%).

Розподіл результатів соціальних працівників за цими рівнями показав наступне: у категорії “низька життєстійкість” опинилися 12 осіб (23,1% вибірки), “нижче за середню” – 10 осіб (19,2%), “середня” – 9 осіб (17,3%), “вище за середню” – 14 осіб (26,9%), і “висока життєстійкість” – всього 7 осіб (13,5%). Результати наведено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл результатів за загальним рівнем професійної життєстійкості

Загальний рівень професійної життєстійкості	n	%
Низький	12	23.10
Нижчий за середній	10	19.20
Середній	9	17.30
Вищий за середній	14	26.90
Високий	7	13.50

Відтак, майже у половини опитаних (42,3%) загальний рівень професійної життєстійкості знижений (нижче середнього або низький), тоді як приблизно у такої ж частки (40,4%) він перевищує середній. Лише 17% респондентів потрапили до умовно “нормальної” середньої категорії. Відповідно до інтерпретації автора опитувальника, професійна життєстійкість – це комплексна характеристика, що формується впродовж професійного становлення фахівця та виявляється у його залученості до професійної діяльності, здатності контролювати її перебіг і приймати пов’язані з нею виклики.

Отримані результати свідчать про високу варіативність професійної життєстійкості серед соціальних працівників. Частина опитуваних має потенційно недостатній рівень ресурсів для ефективної професійної діяльності (низька життєстійкість), що призводить до вигорання, дезадаптації та труднощів у виконанні професійних обов’язків. Втім чимало є і таких, чия стійкість

виражена на високому рівні, що навпаки – свідчить про високу включеність у професію і орієнтацію на досягнення результатів.

У таблиці 2.6 узагальнено основні статистичні показники за всіма шкалами опитувальника – середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), а також мінімальні та максимальні отримані бали у вибірці.

Таблиця 2.6

Статистичні показники за шкалами опитувальника

Шкала	M	SD	min	max
Загальний рівень професійної життєстійкості (0-96)	61.2	8.23	42	77
Рівень професійної включеності (0-32)	19.5	3.35	12	26
Рівень професійного контролю (0-32)	20.4	3.78	11	31
Рівень прийняття виклику (0-32)	21.3	4.14	11	31
Емоційний компонент (0-24)	15.2	2.8	7	20
Мотиваційний компонент (0-24)	16.9	2.93	11	23
Соціальний компонент (0-24)	14.4	2.89	8	22
Власне професійний компонент (0-24)	14.6	2.89	9	21

Як вказано в таблиці, середній загальний бал життєстійкості становить 61.2 з 96 можливих. Це близько до середнього нормативного рівня (для стандартизованої вибірки $M=61,27$) і вказує на помірну життєстійкість у середньому по групі. Діапазон отриманих сумарних балів (42-77) достатньо широкий, що узгоджується з описаним вище різноманіттям рівнів – від низьких до високих значень.

Показник “Рівень професійної включеності” виявився найменш вираженим серед трьох складових: його середній показник (19.5 з 32) трохи поступається середнім показникам за показниками “Рівень професійного контролю” та “Рівень прийняття виклику” (20.4, 21.3 балів відповідно). Це дає

змогу припустити, що опитані соціальні працівники можуть бути менш залучені емоційно та ціннісно в робочий процес, проте рівень їх відчуття контролю над професійними обставинами та готовності приймати професійні виклики є високим.

Відповідно до цього, мотиваційний компонент життестійкості має найвищий середній бал (16.9 з 24), тоді як соціальний компонент – найнижчий (14.4 з 24). Це означає, що у більшості респондентів внутрішня мотивація долати труднощі у роботі розвинена найкраще, а от соціальні аспекти стійкості (наприклад, уміння опиратися на підтримку колег чи ефективно взаємодіяти з оточенням) виражені слабше. Емоційна стабільність та власне професійна стійкість (усвідомлення професійної ролі, впевненість у навичках тощо) займають проміжне положення (15.2, 14.6 балів відповідно).

Важливо, що максимальні значення по жодній зі шкал не досягли теоретичної межі – це свідчить про наявність резервів для підвищення життестійкості навіть у найстійкіших учасників дослідження. В той же час, мінімальні значення (наприклад, 7 з 24 по емоційному компоненту) вказують на наявність у групі окремих осіб з вкрай низькими показниками по окремих ресурсах стійкості, які потребують особливої уваги.

Первинні результати дослідження рівня знань

З метою оцінки професійної обізнаності соціальних працівників щодо ключових аспектів ВІЛ-сервісу було використано авторську анкету, що містить 24 тестові питання з тематики профілактики, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції, а також базових сервісних послуг. За кожну правильну відповідь нараховувався 1 бал, таким чином максимально можлива сума балів становила 24.

Середній показник знань у вибірці (N=52) склав M=21.3 балів (SD=2.27), що свідчить про загалом високий рівень. Отримані результати варіювалися в

діапазоні від 14 до 24 балів, що вказує на наявність як добре підготовлених фахівців, так і окремих осіб із недостатнім рівнем знань.

Для подальшого аналізу результати було згруповано у три рівні: високий – 21-24 бали, середній – 16-20 балів, низький – до 15 балів. Розподіл респондентів за рівнем знань наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл результатів за рівнем знань

Рівень знань	n	%
Високий	42	80.8
Середній	9	17.3
Низький	1	1.9

Найчастіше респонденти набирали 21, 22 або 23 бали, що відповідає високому рівню обізнаності. Водночас присутність осіб із 14-17 балами потребує окремої уваги при плануванні навчальних заходів і підвищення кваліфікації, адже ці фахівці можуть бути менш ефективними у сфері первинної профілактики та консультування.

Окрім загальної оцінки рівня знань, доцільно проаналізувати якісну складову – тобто, в яких саме тематичних блоках респонденти демонстрували найкращу обізнаність, а де припускалися помилок найбільше.

Найнижчий середній бал зафіксовано у блоках “Біомедичні знання” та “Знання про профілактику” – правильними виявилися близько 86% відповідей. Для порівняння, у блоці “Догляд і підтримка ЛЖВ” цей показник становив 93%, у блоці “Правозахисна сфера” – 94%, а найвищий рівень знань продемонстровано у блоці “Професійні функції соціального працівника у сфері ВІЛ” (97% правильних відповідей). Це свідчить, що саме біомедичні й профілактичні аспекти є “слабким місцем” підготовки соціальних працівників,

порівняно з їхньою обізнаністю в питаннях догляду, прав ЛЖВ та професійних обов'язків.

Найбільше помилок припустилися респонденти у запитаннях біомедичного та профілактичного змісту. Зокрема, лише 42% соціальних працівників правильно визначили, який тест найточніше виявляє ВІЛ у “період вікна” – більшість помилково обрали менш чутливі методи замість NAT-тесту на РНК ВІЛ. Також тільки 48% опитаних знали, за яких обставин доцільно проводити самотестування на ВІЛ. Питання про середню тривалість “періоду вікна” після інфікування виявилось складним для значної кількості респондентів – правильно (58% відповідей) зазначили “до 3 місяців”, тоді як решта переоцінювала цей період (обирали варіант “до 6 місяців”). Крім того, майже чверть респондентів не володіють сучасною концепцією N=N (не визначається – не передається): 25% опитаних помилково вважають, що людина, яка отримує АРТ і має невизначене вірусне навантаження, може передати ВІЛ статевим шляхом (в той час як правильна відповідь – “ні, не може”). Дещо менші, але показові прогалини виявлено і в алгоритмах тестування: близько 15% соціальних працівників неправильно відповіли на питання про подальші дії у разі позитивного результату швидкого тесту, плутаючи необхідність підтверджувального лабораторного аналізу з негайним початком лікування.

Отримані дані вказують на специфічні проблемні зони у підготовці соціальних працівників та їхню готовність до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу. З одного боку, високі результати в блоках догляду, підтримки і правозахисних питань свідчать про міцну соціально-етичну основу знань: фахівці добре обізнані в питаннях протидії стигмі та дискримінації, розуміють свої професійні функції і роль підтримки клієнтів, що є важливою складовою ефективної роботи з уразливими групами. З іншого боку, виявлені прогалини у біомедичних та профілактичних знаннях можуть негативно позначитися на практичній діяльності.

Недостатнє розуміння механізмів передачі ВІЛ, “періоду вікна”, сучасних методів тестування і профілактики, а також принципу N=N означає, що соціальний працівник потенційно не готовий надавати клієнтам повністю коректну інформацію. Це може призводити до поширення помилкових уявлень серед клієнтів або до неефективного консультування щодо запобігання інфікуванню та подальших дій після тестування.

Так, попри загальний достатній рівень знань, для підвищення готовності соціальних працівників до роботи у ВІЛ-сервісах рекомендується посилити навчання з біомедичних основ ВІЛ та профілактичних підходів.

2.2. Результати емпіричного дослідження стану підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу

Для виявлення особливостей професійної підготовки соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу було здійснено комплексний кількісний аналіз емпіричних даних за допомогою статистичного програмного забезпечення Jamovi. У дослідженні використовувалися такі методи статистичної обробки, як однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння середніх значень між групами, а також кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для встановлення взаємозв'язків між змінними.

Не всі досліджувані показники продемонстрували статистично значущі відмінності або взаємозв'язки. У низці випадків розподіли були рівномірними або не відповідали критеріям значущості ($p > 0.05$). Водночас, аналіз виявив низку важливих і змістовних відмінностей між підгрупами респондентів за віком, освітою, досвідом роботи, належністю до організації, тощо.

- **Вікові відмінності у рівні знань та компонентів професійної готовності**

Аналіз рівня знань соціальних працівників, що брали участь у дослідженні, показав статистично значущу різницю між віковими групами. Показник знань визначався за результатами тесту з 24 питань, що охоплювали ключові аспекти профілактики ВІЛ, догляду та підтримки, прав людини й функцій соціального працівника. Кожна правильна відповідь оцінювалась в 1 бал, а загальний результат (0–24) згодом було класифіковано у три рівні: низький (0-15 балів), середній (16-20 балів) та високий (21-24 бали). Для статистичного аналізу ці категорії були закодовані числовими значеннями: 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень знань.

За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA), молодші респонденти (до 25 років) продемонстрували найвищий усереднений рівень знань ($M=3.00$, $SD=0.00$), тоді як працівники віком 25–40 років мали нижчий показник ($M=2.52$, $SD=0.51$), а найнижчий – у групі старше 40 років ($M=2.33$, $SD=0.59$), $p=0.047$. В усіх випадках мова йде про усереднене значення за категоріальною шкалою рівнів, а не про фактичні бали тесту. Слід зазначити, що у віковій групі до 25 років було лише 5 респондентів, і всі вони продемонстрували високий рівень знань, що й зумовило нульове стандартне відхилення. Середній рівень знань за віковою групою представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Середній рівень знань (категоріальна шкала)

Вікова група	M	SD	n
До 25 років	3.00	0.0	5
25-40 років	2.52	0.51	29
Понад 40 років	2.33	0.59	18

Ця відмінність підтверджує припущення про зв'язок між віком і актуальністю знань: молодші працівники, ймовірно, нещодавно здобули освіту або проходили навчання відповідно до оновлених програм, що відображає сучасні підходи у ВІЛ-сервісі. У той же час, старші за віком респонденти можуть потребувати оновлення знань – особливо з урахуванням динамічних змін у сфері профілактики та догляду, нових стратегій роботи з клієнтами та цифрових інструментів.

У нашому дослідженні не було виявлено статистично значущих відмінностей за віком щодо компонентів професійної життєстійкості. Це свідчить про те, що такі характеристики, як мотивація, емоційна стабільність чи готовність приймати виклики, меншою мірою залежать від вікових чинників, ніж теоретична обізнаність.

• Освітні відмінності в емоційній стійкості соціальних працівників

Статистичний аналіз показав наявність значущих відмінностей в емоційному компоненті професійної життєстійкості серед соціальних працівників із різними рівнями освіти. Найвищий середній показник емоційної стійкості був зафіксований у респондентів із незакінченою вищою освітою ($M=17.2$, $SD=1.79$). У групі з вищою освітою середнє значення становило $M=15.7$ ($SD=2.38$), що збігається із середнім показником респондентів із лише середньою освітою ($M=15.7$, $SD=4.16$). Найнижчі результати демонструє група з професійно-технічною освітою – $M=13.4$ ($SD=2.92$). За результатами однофакторного дисперсійного аналізу, різниця є статистично значущою ($p=0.016$) (див. табл. 2.9).

Показники емоційного компоненту професійної життєстійкості за рівнем освіти респондентів

Рівень освіти	M	SD	n
Вища	15.7	2.38	30
Незакінчена вища	17.2	1.79	5
Професійно-технічна	13.4	2.92	14
Середня	15.7	4.16	3

Для перевірки впливу формальної освіти на емоційну життєстійкість було здійснено додатковий аналіз із поділом респондентів на дві категорії: ті, хто мають вищу освіту, і ті, хто її не мають (включаючи середню, професійно-технічну та незакінчену вищу). Хоча респонденти з незакінченою вищою освітою продемонстрували найвищий середній бал ($M=17.2$), зважене середнє для всієї категорії “не мають вищої освіти” становило $M=14.6$ – нижче, ніж у групи з вищою освітою ($M=15.7$). Це пояснюється тим, що найбільшу частку цієї категорії становили працівники з професійно-технічною освітою ($n=14$), які мали найнижчий емоційний показник ($M=13.4$), фактично “потягнувши” середнє значення вниз. За результатами t-тесту, ця різниця є статистично значущою ($p=0.0045$), що свідчить про потребу в адресній підтримці емоційного ресурсу саме серед фахівців без академічної підготовки. Отримані результати дають змогу нам припустити, що сам факт навчання в ЗВО формує резильєнтність до роботи в ситуаціях невизначеності.

Водночас варто враховувати нерівномірність розподілу респондентів за рівнем освіти. Наприклад, у групі з середньою освітою було лише 3 особи, тоді як у категорії з вищою – 30. Така диспропорція обмежує можливість узагальнення, однак не знецінює аналітичну вагу. Навпаки, виявлена тенденція

до нижчої емоційної життєстійкості серед працівників із професійно-технічною освітою та вища – у тих, хто перебуває у процесі навчання, становить окремий інтерес для подальших досліджень.

● **Вплив стажу роботи на сприйняття професійного виклику та участь у тренінгах**

Аналіз впливу професійного стажу на окремі компоненти життєстійкості виявив статистично значущі відмінності в рівні прийняття виклику. Найвищий показник було зафіксовано серед працівників зі стажем до 1 року ($M=25.2$, $SD=5.76$), тоді як у групі з досвідом 1–5 років середнє значення становило $M=20.0$ ($SD=4.08$), а в групі зі стажем понад 5 років – $M=22.2$ ($SD=2.91$), $p=0.015$ (див. табл. 2.10). Отримані результати дозволяють припустити, що нові працівники демонструють підвищену відкритість до складних завдань, зокрема завдяки мотивації, очікуванням професійного зростання та відсутності накопиченого виснаження. Їхнє сприйняття виклику як потенціалу, а не загрози, є важливим ресурсом у сфері, де часто доводиться працювати в умовах нестачі підтримки та високого емоційного навантаження.

Таблиця 2.10

Показники прийняття професійного виклику за стажем роботи у сфері ВІЛ-сервісу

Стаж роботи	M	SD	n
До 1 року	25.2	5.76	5
1-5 років	20.0	4.08	28
Понад 5 років	22.2	2.91	19

Разом з тим, саме працівники з найменшим стажем мають найнижчу кількість пройдених тренінгів ($M=1.60$, $SD=0.55$) порівняно з фахівцями зі стажем понад 5 років ($M=2.84$, $SD=0.90$), $p=0.013$. Це закономірно, з огляду на

коротший період перебування в сфері ВІЛ-сервісу. Водночас такий результат вказує на потенційну вразливість молодих фахівців: попри внутрішню мотивацію та готовність до викликів, вони ще не мають достатньої кількості навчального ресурсу для їх ефективного вирішення. В той же час, варто не забувати про той факт, що чим довше людина працює в одній сфері, тим менше вона може бути відкрита до нових знань і навчання. Це може відбуватися через професійну стагнацію та деформацію власного професійного досвіду. Саме тому у працівників з більшим стажем може бути спротив щодо проходження навчальних тренінгів, лекцій тощо.

З урахуванням цих результатів особливої актуальності набуває розробка спеціалізованих програм підтримки для соціальних працівників із малим стажем. Формат короткотермінових тренінгів, адаптованих до реального запиту початківця, може забезпечити швидке нарощування компетентностей без втрати мотивації. Водночас для фахівців середнього та старшого стажу доцільно посилювати навчальні компоненти, спрямовані на підтримку емоційного ресурсу та запобігання професійному вигоранню.

- **Відмінності в емоційній життєстійкості залежно від організаційної належності**

Аналіз емоційного компоненту професійної життєстійкості соціальних працівників виявив статистично значущі відмінності залежно від організації, в якій вони працюють ($p=0.021$). Найвищі показники продемонстрували працівники БО “Світло надії” – середній бал становив $M=18.0$ ($SD=2.35$, $n=5$). Це вище, ніж у всіх інших організацій, зокрема: БО “100 відсотків життя. Київський регіон” – $M=15.8$ ($SD=2.23$, $n=18$), МГО МГР “Партнер” – $M=15.5$ ($SD=2.64$, $n=10$), Регіональні представництва “100 відсотків життя” – $M=13.7$ ($SD=1.98$, $n=7$) (див. табл. 2.11).

Показники емоційної життєстійкості працівників за організаційною належністю

Організація	M	SD	n
БО “Світло надії”	18.0	2.35	5
БО “100 відсотків життя. Київський регіон”	15.8	2.23	18
БО “100 відсотків життя” інші регіони	13.7	1.98	7
МГО МГР “Партнер”	15.5	2.64	10
Інші організації	13.8	3.33	12

Такі розбіжності можуть бути зумовлені різним рівнем внутрішньої підтримки персоналу, наявністю супервізійних практик, атмосферою в колективі, стилем управління, а також регіональними особливостями. Особливо показовим є те, що навіть у межах однієї мережі (“100 відсотків життя”) спостерігається помітна різниця між регіональними підрозділами та київським офісом. Це може свідчити про варіативність реалізації політик підтримки працівників у різних осередках. Для прикладу, більшість навчальних заходів для представників ВІЛ-сервісних організацій, що проводяться міжнародними донорами та національними партнерами, наразі проводяться очно в Києві, що відкриває більші можливості розвитку саме для працівників київських осередків.

Натомість високі показники у “Світлі надії” дають підстави припускати наявність системної практики турботи про персонал – можливо, через супервізію, психоедукацію, рефлексивні зустрічі або інші механізми емоційного захисту. Досвід цієї організації варто проаналізувати глибше і, за можливості, поширити на інші структури ВІЛ-сервісу через міжорганізаційне навчання та пілотні адаптації моделей підтримки.

Таким чином, організаційна культура й управлінські практики відіграють важливу роль у збереженні емоційного ресурсу працівників. Це підкреслює необхідність інтеграції компонентів психоемоційної підтримки у внутрішні політики ВІЛ-сервісних НУО.

Для поглибленого аналізу взаємозв'язків між ключовими характеристиками соціальних працівників було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона (Додаток Б). Отримані результати дозволяють виявити, як окремі змінні – зокрема життестійкість, досвід, самооцінка знань та задоволеність – пов'язані між собою.

1. Професійна життестійкість. Загальний рівень професійної життестійкості демонструє сильну позитивну кореляцію з усіма трьома базовими компонентами: включеністю ($r=0.747$, $p<0.001$), контролем ($r=0.632$, $p<0.001$) та прийняттям виклику ($r=0.746$, $p<0.001$). Крім того, включеність помірно корелює з прийняттям виклику ($r=0.472$, $p=0.001$) та слабше – з контролем ($r=0.295$, $p=0.027$). Це підтверджує, що всі три компоненти формують єдину конструкцію життестійкості, де кожен аспект – когнітивний, емоційний і мотиваційний – взаємопов'язаний.

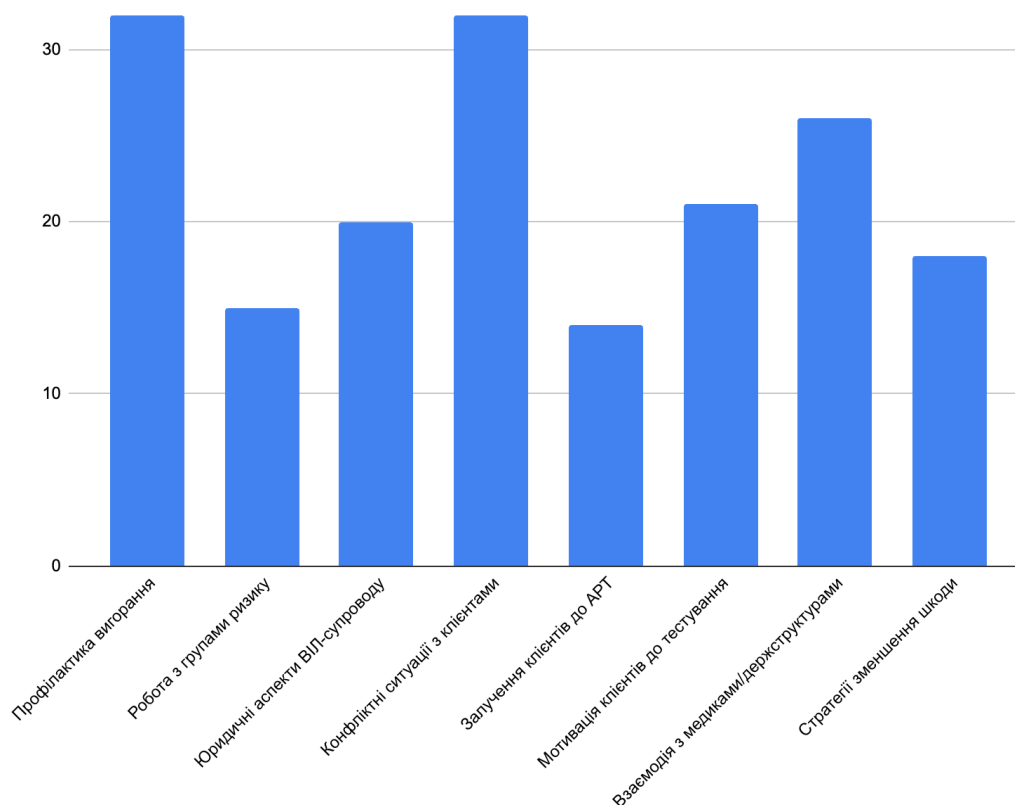
2. Досвід і навчання. Стаж роботи помірно корелює з кількістю пройдених тренінгів ($r=0.402$, $p=0.003$), що є логічним: чим більший досвід, тим більше можливостей брати участь у навчальних програмах. Також кількість тренінгів має позитивну кореляцію з самооцінкою знань ($r=0.349$, $p=0.008$), що підкреслює значущість тренінгів як джерела професійної впевненості.

3. Задоволеність і впевненість. Виявлено статистично значущу позитивну кореляцію між задоволеністю роботою та високою самооцінкою знань ($r=0.365$, $p=0.006$), що свідчить: працівники, які впевнені у своїй компетентності, частіше відчують професійне задоволення. Це дає змогу припустити, що соціальні працівники, які високо оцінюють свої знання у професійній діяльності, розуміють яким чином має вибудовуватися процес

взаємодії з клієнтом і чітко розуміють критерії, за якими можна оцінювати ефективність своєї роботи. І, відповідно, у випадку успішного слідування алгоритму надання допомоги, відчують задоволеність від відповідності заданим вимогам. Водночас виявлено і слабку негативну кореляцію між впевненістю у роботі і задоволеністю ($r=-0.379$, $p=0.027$), а також впевненості із самооцінкою знань ($r=-0.337$, $p=0.015$). Наявність таких результатів також може свідчити про те, що соціальні працівники відчують більше впевненості при плануванні подальшої роботи, оскільки знову ж таки розуміють яким чином має вибудовуватися процес роботи. Але разом з тим чітке слідування алгоритму може зменшувати рівень професійної свободи і можливості діяти інтуїтивно. Разом з тим, це може вказувати на можливе розходження між об'єктивними показниками знань і суб'єктивною впевненістю, що є важливим для оцінки реального рівня підготовки фахівця.

4. Загальна тенденція. Усі результати свідчать про те, що внутрішні ресурси фахівця – життестійкість, навчання, впевненість – тісно пов'язані з його суб'єктивною оцінкою власного досвіду роботи. Це підкреслює необхідність інтеграції елементів розвитку впевненості, критичного мислення і підтримки емоційного ресурсу в програмі підготовки соціальних працівників.

Також нами було здійснено якісний аналіз запитів соціальних працівників щодо тематик, які були б їм цікаві у подальшому навчанні. Для цього в анкеті було представлено питання “Які теми Ви б хотіли бачити у майбутніх тренінгах або супервізіях?”. Усі відповіді були узагальнені у 8 блоків, розподіл відповідей представлено на рисунку 2.4.



Розподіл відповідей соціальних працівників щодо тематик тренінгів

Серед усіх відповідей найбільше соціальні працівники зацікавлені у тематиках “Профілактика вигорання” та “Конфліктні ситуації з клієнтами” (по 32 відповіді, 61.5%). Запит на тему профілактики вигорання вказує на те, що соціальні працівники можуть відчувати емоційне виснаження, напругу або втому, але разом з тим це може свідчити про свідоме і відповідальне ставлення до власної професії. Тому при розробці програми роботи варто уточнити, який саме запит є у соціальних працівників: подолання чи попередження професійного вигорання. Тема “Конфліктні ситуації з клієнтами” цілком закономірно є актуальною, оскільки соціальна робота за будь-яким напрямком пов’язана з роботою з людьми, що не завжди відповідально ставляться до власного життя і порад фахівців.

Наступним за кількістю відповідей був блок “Взаємодія з медиками/держструктурами” (26 відповідей, 50%), що може свідчити про наявність проблем у міжсекторальній взаємодії. Як вже було зазначено, основний фокус роботи у сфері ВІЛ сконцентрований саме у медичних установах, у той же час НУО хоча і здійснюють більшу частину роботи у сфері соціальної підтримки клієнтів, але сприймаються як допоміжні організації.

Наступні блоки стосувалися саме професійної підготовки: “Мотивація клієнтів до тестування” (21 відповідь, 40.4%), “Юридичні аспекти ВІЛ-супроводу” (20 відповідей, 38.5%), “Стратегії зменшення шкоди” (18 відповідей, 34.6%), “Робота з групами ризику” (15 відповідей, 28.8%), “Залучення клієнтів до АРТ” (14 відповідей, 26.9%). Значна зацікавленість соціальних працівників у вузькоспеціалізованих темах може свідчити про їхнє прагнення до власного професійного розвитку та самовдосконалення. Водночас можна відмітити відсутність зацікавленості в інформації про “класичну” соціальну роботу.

Отже, соціальні працівники виявили найбільшу зацікавленість у темах, що стосуються емоційного ресурсу, а також у практичних питаннях взаємодії з медиками й державними структурами. Це може свідчити про реальні труднощі в щоденній роботі та потребу у підтримці не лише знань, а й емоційної стійкості. Водночас високий інтерес до професійно-специфічних тем показує, що фахівці прагнуть до підвищення своєї кваліфікації саме в тій сфері, де щодня працюють. Тема “класичної” соціальної роботи, навпаки, залишилася поза фокусом, що може вказувати на її слабку інтеграцію у ВІЛ-сервіс або на меншу актуальність для практиків.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження дозволило комплексно оцінити стан професійної підготовки соціальних працівників до роботи у сфері ВІЛ-сервісу. Було охоплено 52 респонденти з різних регіонів України, які працюють в НУО, що надають профілактичні послуги та послуги догляду і підтримки для ЛЖВ. Для дослідження були використані опитувальник професійної життєстійкості О.М. Кокуна та розроблена авторська анкета на визначення рівня знань про ВІЛ і супутні послуги.

Аналіз соціально-демографічних характеристик засвідчив, що лише кожен п'ятий працівник має профільну освіту за спеціальністю “Соціальна робота”, а понад половина – освіту в інших галузях. Це підтверджує актуальність створення спеціалізованих програм навчання для непрофільних фахівців.

У дослідженні професійної життєстійкості виявлено, що найменш вираженим компонентом життєстійкості є соціальний, що свідчить про обмежену спроможність працівників до ефективної взаємодії і взаємопідтримки в колективі. Натомість найвищі бали респонденти отримали за мотиваційним компонентом, що свідчить про внутрішню готовність долати труднощі.

Кореляційний аналіз підтвердив очікувані зв'язки: стаж роботи позитивно пов'язаний із кількістю пройдених тренінгів, а тренінги – із самооцінкою знань. Самооцінка знань також корелює з задоволеністю роботою, що вказує на значення навчання як ресурсу професійної впевненості. Водночас спостерігається розрив між впевненістю та об'єктивним рівнем знань, що потребує додаткової уваги.

Результати тестування знань показали загалом високий рівень обізнаності, проте слабшими виявилися знання щодо біомедичного та профілактичного змісту. Це вказує на потребу посилення цих блоків у навчальних програмах.

Також аналіз запитів від самих соціальних працівників показав, що їм у навчанні може бути цікава тематика профілактики вигорання та особливості взаємодії з клієнтами, зокрема попередження конфліктних ситуацій.

Загалом, дослідження виявило як сильні сторони підготовки працівників (мотивація, прагнення до навчання), так і вразливі зони – зокрема брак профільної освіти, нестача ресурсів підтримки на роботі та прогалини в знаннях біомедичного та профілактичного спрямування. Ці висновки лягли в основу розробки програми підтримувально-освітніх сесій для соціальних працівників, яку буде подано в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНOSTI СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ ВІЛ-СЕРВІСУ

3.1. Опис програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу

На підставі результатів емпіричного дослідження, висвітлених у другому розділі, було сформульовано низку важливих висновків, що стали підґрунтям для розробки змісту програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу. По-перше, лише п'ята частина опитаних фахівців мають вищу освіту за спеціальністю “соціальна робота”, що свідчить про потребу в цільових освітніх заходах, спрямованих не лише на ознайомлення з особливостями ВІЛ-сервісу, а й на засвоєння базових підходів загальної соціальної роботи. По-друге, незважаючи на загалом високу внутрішню мотивацію до професійної діяльності, виявлено прогалини в знаннях, зокрема у сфері біомедичних основ ВІЛ та методів профілактики інфекції. Крім того, встановлено недостатній рівень розвитку соціальної життєстійкості, що проявляється у складнощах з підтриманням взаємодопомоги в колективі. Важливим є й те, що самі соціальні працівники відзначають актуальність тем, пов'язаних із профілактикою емоційного вигорання та налагодженням конструктивної комунікації з клієнтами, зокрема у контексті запобігання конфліктам.

У зв'язку з цим, у рамках програми передбачено опрацювання низки тематичних блоків, зокрема: оновлення знань про сучасні підходи до профілактики та догляду і підтримки ЛЖВ; визначення ролей і функцій соціального працівника в складі мультидисциплінарної команди; розпізнавання симптомів емоційного виснаження та опанування технік профілактики

вигорання; дослідження ресурсів внутрішньої та зовнішньої професійної підтримки; а також розвиток мотивації та навичок планування професійного майбутнього. Саме ці проблеми й запити стали основою для структурування змісту майбутніх занять.

У процесі проектування навчальної програми було розглянуто кілька форматів роботи, кожен із яких має свої переваги та обмеження. Лекційний формат дозволяє передати великий обсяг теоретичної інформації, однак є переважно одностороннім і передбачає пасивну роль учасників, що знижує ефективність засвоєння матеріалу.

Тренінговий підхід, що поєднує інформативні блоки з практичними вправами, має вищу динаміку, але не завжди сприяє формуванню безпечної та довірчої атмосфери, особливо якщо структура занять є надто формалізованою. Формат воркшопу-семінару з виконанням практичних завдань забезпечує можливість відпрацьовувати навички в умовах, наближених до професійної практики, та обговорювати типові ситуації, з якими стикаються соціальні працівники. Груповий коучинг, своєю чергою, орієнтований на емоційну підтримку, розвиток рефлексії та особистісне зростання, але не завжди дає змогу охопити весь необхідний зміст.

Ефективним у роботі з невеликою фаховою групою може бути формат інтерактивної групи – фасилітаційних сесій з обмеженою кількістю учасників, що створює умови для тісної міжособистісної взаємодії, глибокого обговорення тем та індивідуального опрацювання досвіду.

Враховуючи переваги й обмеження різних форматів навчання, для реалізації програми було обрано інтерактивний груповий формат. Він поєднує короткі лекційні фрагменти з практичними вправами та обговореннями, які фасилітує ведучий. Такий підхід дозволяє залучити попередній досвід учасників, який є важливим ресурсом у навчанні фахівців, і водночас допомагає структурувати засвоєння нової інформації. Базові знання подаються стисло – як

вступ до теми. Основна увага приділяється активним методам: кейсам, вправам, дискусіям, які сприяють глибшому розумінню та розвитку практичних навичок.

Подібне поєднання теоретичних і практичних елементів забезпечує ефективніше засвоєння матеріалу, ніж традиційні лекції або тренінги окремо. Такий формат також створює більш природну, неформальну атмосферу навчання, що позитивно впливає на залученість учасників і досягнення навчальних цілей.

Окрім того, саме груповий формат навчання є найбільш доцільним у нашому випадку з огляду на специфіку діяльності соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу. По-перше, він моделює умови реальної роботи в мультидисциплінарній команді, де соціальний працівник постійно взаємодіє з лікарями, психологами, консультантами та іншими фахівцями. Групове навчання створює можливість практикувати навички командної взаємодії, обговорювати складні кейси разом і отримувати підтримку від колег, що особливо важливо в умовах емоційного навантаження, пов'язаного з допомогою людям, які живуть з ВІЛ.

Важливо також і те, що навчання в групі посилює внутрішню мотивацію учасників: вони бачать, що не самі стикаються з труднощами, і мають змогу обмінюватися рішеннями, досвідом і підтримкою. Така форма створює безпечний простір для відкритих обговорень і може навіть допомагати в подоланні напруженості всередині колективу. Зворотний зв'язок від інших учасників дає змогу глибше усвідомити власні сильні сторони та зони розвитку, чого складніше досягти в умовах індивідуального навчання.

З метою оцінки ефективності програми було розроблено авторську анкету, що дозволяє виміряти суб'єктивні показники професійної підготовленості та емоційної стійкості учасників. Анкета складається з 15 тверджень, згрупованих у три тематичні блоки:

1. Професійна впевненість і знання;
2. Емоційна стійкість і саморегуляція;
3. Мотивація та професійне самовизначення.

Кожне твердження оцінюється за десятибальною шкалою – від 1 (повністю не згоден/дуже низький рівень) до 10 (повністю згоден/дуже високий рівень). Структуру анкети подано в Додатку В.

Опитування передбачається провести двічі – до початку навчальних сесій та після їх завершення – з метою виявлення динаміки змін і визначення сильних та слабких сторін програми. Отримані результати слугуватимуть основою для подальшого вдосконалення програми підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу.

Також, задля створення безпечного та ефективного простору для професійної взаємодії учасників програми було визначено такі принципи організації сесій:

1. Добровільність участі

Участь у програмі передбачається лише за власним бажанням учасника, без зовнішнього тиску чи формального зобов'язання. Це дозволяє забезпечити вищий рівень включеності, мотивації та щирості у спільній роботі.

2. Конфіденційність

Усі особисті висловлювання, приклади з практики та емоційні реакції, озвучені під час сесій, не мають поширюватися за межами групи. Цей принцип сприяє створенню простору довіри, де учасники можуть відкрито ділитися власними переживаннями та досвідом.

3. Поінформованість

Учасники мають отримати чітке розуміння мети програми, структури занять, тривалості, методів і очікуваних результатів. Забезпечення поінформованості зменшує тривожність і дозволяє краще орієнтуватися у процесі навчання та взаємодії.

4. Повага до кожного учасника

В основі програми лежить визнання професійної та особистої унікальності кожного. Обговорення відбувається без осуду, з емпатійним ставленням до різних думок і досвідів, що стимулює взаємне збагачення.

5. Недискримінація

Усі учасники мають рівний доступ до участі й висловлення, незалежно від віку, гендерної ідентичності, фахового досвіду чи особистих переконань. Дотримання цього принципу дозволяє уникнути відчуження та забезпечує інклюзивність простору.

6. Активна залученість

Програма передбачає не пасивне споживання знань, а безпосередню участь через обговорення, практичні вправи, розбір кейсів, ігрові формати. Це забезпечує глибше засвоєння матеріалу та розвиток прикладних навичок.

7. Рефлексивність

У кожному занятті закладено час і простір для осмислення власного досвіду, виявлення точок росту, визначення індивідуальних потреб і ресурсів. Це сприяє не лише особистісному розвитку, а й професійному самовизначенню.

Структура програми

1. Програма складається з п'яти послідовних фасилітаційних сесій (по 90 хвилин кожна). Кожна сесія включає вступну частину, вправи на формування навичок, теоретичний блок (у формі групового обговорення або напівлекції) і заключну рефлексію. Послідовність тем така: 1) “Вступ і актуалізація знань про ВІЛ”, 2) “Професійна взаємодія”, 3) “Професійне самовизначення”, 4) “Попередження вигорання”, 5) “Професійне майбутнє”. **Кількість осіб у групі: 10.**

2. **Метою** програми є підвищення професійної спроможності соціальних працівників ВІЛ-сервісу шляхом оновлення знань про ВІЛ, розвитку

здатності взаємодіяти з клієнтами та колегами, а також формування навичок емоційної саморегуляції та професійної мотивації.

3. Очікувані результати реалізації програми:

- актуалізація знань учасників щодо сучасних підходів до профілактики, догляду та підтримки в сфері ВІЛ-сервісу; усунення поширених міфів, упереджень і неточностей, які можуть перешкоджати ефективному наданню послуг;

- поглиблення розуміння ролі соціального працівника в мультидисциплінарній команді: чітке усвідомлення його функціональних обов'язків, меж відповідальності та механізмів професійної взаємодії з іншими спеціалістами;

- формування практичних навичок профілактики емоційного вигорання, саморегуляції та відновлення; ознайомлення з техніками підтримання професійної стійкості в умовах підвищеного емоційного навантаження;

- сприяння розвитку внутрішньої мотивації до професійної діяльності та професійної ідентичності; підтримка у формулюванні особистих цілей і визначенні можливих шляхів кар'єрного зростання у сфері соціальної роботи з людьми, які живуть з ВІЛ.

Узагальнюючи, програма спрямована на комплексне зміцнення професійного ресурсу соціальних працівників, які працюють у сфері ВІЛ-сервісу. Вона поєднує актуалізацію знань, розвиток ключових професійних навичок і підтримку емоційної стійкості, що дозволяє учасникам не лише ефективніше виконувати свої щоденні обов'язки, але й усвідомлено планувати подальший професійний розвиток. Такий підхід може враховувати реальні потреби фахівців і відповідати сучасним викликам, з якими стикається система ВІЛ-сервісу в Україні.

3.2. Апробація програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу

Для апробації програми було обрано БО “100 відсотків життя. Київський регіон” як базову організацію, оскільки саме її представники становили найбільшу частину вибірки в межах проведеного дослідження. Крім того, під час опитування соціальні працівники цієї організації висловили низку запитів та труднощів, які потребували додаткового професійного опрацювання – зокрема, щодо командної взаємодії, вигорання та ролі фахівця у ВІЛ-сервісі.

Попри те, що всі учасники представляють одну ВІЛ-сервісну організацію та вже знайомі між собою, вони працюють у різних осередках (офісах) і за різними напрямками – профілактика, ДіП або їхнє поєднання. Це забезпечило базовий рівень довіри в групі, водночас дозволивши учасникам обмінюватися різноманітним практичним досвідом.

Проведення фасилітаційних сесій здійснювалося відповідно до попередньо розробленої структури, що включала вступну частину, основні теоретичні блоки, інтерактивні практичні вправи, обговорення тематичних кейсів, вправи на професійну ідентифікацію або саморефлексію, а також підсумковий етап із рефлексією. Залучення різних форм роботи – інтерактивна лекція, групова дискусія, робота в парах і мікрогрупах, індивідуальні творчі завдання – забезпечувало живий хід сесій і сприяло максимальній зацікавленості учасників. Нижче наведено поетапний опис кожної з п’яти сесій (структура, зміст, форми роботи, атмосфера, реакції учасників, динаміка групи та висновки щодо ефективності).

Сесія 1 “Вступ і актуалізація знань про ВІЛ”

Перша фасилітаційна сесія розпочалася з ознайомлення учасників із загальним планом програми та очікуваними результатами навчання. Ведучий представив логіку побудови навчального процесу, окреслив ключові принципи групової взаємодії – добровільність, конфіденційність, повага та довіра – як

базові умови безпечної і продуктивної роботи. На цьому етапі було проведено вправу “Анкета очікувань”: у форматі парної роботи учасники коротко формулювали свої цілі участі у програмі та проговорювали, чого очікують від занять. Це дозволило ведучому синхронізувати індивідуальні очікування з тематикою програми і завданнями сесії. Окремо учасникам було запропоновано пройти авторську анкету, розроблену спеціально для цієї програми з метою оцінки суб’єктивних змін до та після її проходження.

У другій частині сесії увагу було зосереджено на систематизації та оновленні знань учасників щодо ВІЛ-інфекції, сучасних підходів до профілактики, тестування та супроводу. Для цього було проведено інтерактивну вправу “Міф чи правда”, яка передбачала спільне обговорення тверджень про ВІЛ, з подальшим розмежуванням достовірної інформації та поширених стереотипів. Учасники мали змогу поділитися власним досвідом та поставити уточнювальні запитання. Такий формат сприяв активному включенню в тему, вирівнюванню знань у групі та формуванню спільної бази для подальшого навчання.

Окремий блок було присвячено новим підходам у сфері профілактики, тестування та догляду ЛЖВ в умовах воєнного часу. У лекційно-дискусійному форматі учасників ознайомили з такими інструментами, як індексне тестування, навігація клієнтів, дистанційна підтримка та адаптація послуг до потреб ВПО. Представлення цих матеріалів мало на меті не лише інформування, а й практичне обговорення змін у структурі ВІЛ-сервісу.

У підсумковій частині сесії відбулася рефлексія: учасники усно формулювали, які нові знання чи ідеї для себе отримали, що викликало інтерес або залишилося незрозумілим. Завершенням стало коротке анонсування теми наступної сесії.

Атмосфера сесії змінювалася поступово: початкове напруження, характерне для першого знайомства в групі, знижувалося впродовж заняття.

Завдяки підтримці з боку колег, учасники розкривалися та активніше включалися в дискусії. Окремі учасники спочатку демонстрували невпевненість у проговоренні власних очікувань, однак групова динаміка сприяла зростанню довіри. Загалом, перша сесія успішно виконала своє завдання: заклала основу для подальшого процесу, допомогла сформувати спільний простір взаємодії та сприяла актуалізації знань про ВІЛ та відповідні послуги.

Сесія 2 “Професійна взаємодія”

Друга сесія була присвячена соціальним аспектам професійної діяльності, зосереджуючись на розвитку навичок командної взаємодії та ефективної комунікації з колегами. Основна увага приділялася формуванню розуміння власної ролі у колективі, аналізу типових стилів взаємодії та усвідомленню ресурсів соціальної підтримки.

На початку сесії учасникам було запропоновано вправу “Я в команді”. Спершу кожен мав змогу подумки відповісти на запитання про свій звичний стиль поведінки в групі, особисту реакцію на конфлікти, а також значущість підтримки з боку колег у складних ситуаціях. Після цього обговорення продовжувалося у парах. Така вправа сприяла глибшому усвідомленню особистих моделей взаємодії та виявленню можливих зон напруження в командній роботі. Учасники рефлексували, які ролі найчастіше беруть на себе в професійному середовищі та що їм важливо отримувати від команди для конструктивної співпраці. Обговорення в парах посилювало емпатію, відкритість і здатність бачити іншу точку зору.

Далі ведучий окреслив ширший контекст професійної діяльності соціального працівника у ВІЛ-сервісі, звернувши увагу на його ролі як консультанта, координатора, посередника між клієнтом і системою послуг, а також як представника громади. Учасники обговорювали кейси, в яких соціальні працівники стикаються з викликами в міжпрофесійній взаємодії – наприклад, з небажанням інших фахівців брати участь у супроводі клієнта або з

перекладенням відповідальності. Було наголошено на важливості побудови горизонтальних партнерств і запобігання ситуаціям, коли вся робота з клієнтом концентрується на одному фахівцеві.

Практичну частину сесії продовжила вправа “Моя соціальна мапа підтримки”. Учасники візуалізували власну систему підтримки: осіб, інституції, ініціативи, на які можуть покластися у складних робочих ситуаціях. Далі мапи аналізувалися в парах – учасники ділилися власними ресурсами та класифікували їх (професійне оточення, сім’я, колеги, супервізійні формати тощо), міркуючи над тим, які з них активно використовуються, а які варто активізувати. Ця вправа сприяла переосмисленню доступних джерел підтримки та усвідомленню, що професійна стійкість значною мірою спирається на здатність залучати різні соціальні ресурси.

Завершальною частиною сесії стала творча вправа “Послання команді”. Кожен учасник письмово формулював коротке звернення до своїх колег – наприклад, про те, чого йому бракує в командній взаємодії або що він сам готовий запропонувати іншим. Анонімне озвучення цих послань у групі стало емоційно насиченим моментом зустрічі: воно сприяло підвищенню рівня емпатії, виявленню спільних потреб і формуванню атмосфери взаєморозуміння.

Атмосфера сесії була значно більш розкутою, ніж на попередній зустрічі. Учасники демонстрували вищий рівень відкритості, активності та взаємної підтримки. У груповій динаміці простежувалося зростання згуртованості: учасники не лише охоче обговорювали кейси, а й виявляли емоційну включеність у досвід одне одного. Спостерігалися жваві обговорення, щирі коментарі щодо труднощів у командній роботі, а також готовність ділитися як власними помилками, так і успішними практиками. Ті, хто на попередній сесії ще відчував невпевненість, цього разу активніше долучалися до вправ, реагували на підтримку модератора та натхнення від групи.

У підсумку сесія досягла своїх цілей: учасники не лише опрацювали навички командної взаємодії, а й мали змогу осмислити особисті ресурси підтримки, роль взаємодії у формуванні стійкості до професійних викликів і важливість колегіальної співпраці в системі ВІЛ-сервісу.

Сесія 3 “Професійне самовизначення”

Третя сесія була присвячена темі професійного самовизначення та мотивації соціальних працівників. Основною метою зустрічі було сприяння глибшому усвідомленню особистих цінностей, мотивів та цілей у професійній діяльності, а також актуалізація внутрішніх ресурсів для подальшого розвитку в сфері ВІЛ-сервісу.

Сесія розпочалася з вправи “Що тримає мене в професії?”. Учасникам було запропоновано письмово або усно відповісти на запитання про чинники, які спонукають їх залишатися у професії попри складнощі, з якими доводиться стикатися. Подальше обговорення в парах дозволило розширити індивідуальні рефлексії та побачити спільні внутрішні опори, які підтримують професійну ідентичність. Цей етап створив підґрунтя для переходу до більш глибокого осмислення власного професійного шляху.

Наступною була творча вправа “Професійне дерево”. Учасники створювали символічні зображення своєї кар’єрної траєкторії: коріння – причини вибору професії; стовбур – поточна професійна роль; гілки – напрями майбутнього розвитку; листя – досягнення; а вітер – зовнішні труднощі та виклики. Після індивідуальної роботи кожен мав змогу коротко презентувати свою схему, пояснити обрані образи та поділитися важливими моментами. Вправа сприяла інтеграції особистого досвіду та дозволила побачити, як фахівці по-різному, але водночас схоже, проживають шлях у соціальній роботі.

Далі учасники виконали вправу “Карта мотивації”, у межах якої систематизували свої мотиви за категоріями: внутрішні (цінності, натхнення), зовнішні (статус, заробіток) та контекстуальні (обставини, можливості). Групове

обговорення допомогло визначити, які джерела мотивації є стійкими, а які – потенційно виснажливими. Ведучий звертав увагу на потребу підтримувати баланс між різними видами мотивації та дбати про власну ресурсність. Особлива увага під час дискусії приділялася темам втрати сенсу, вигорання і зниження залученості, які були актуальними для частини групи.

Упродовж сесії спостерігалось певне зниження загального темпу: частина учасників потребувала більше часу для занурення у вправу через втому після попередніх сесій. Проте створений довірчий простір дозволив забезпечити емоційне включення більшості. Під час роботи виникали додаткові запитання про розвиток кар'єри, баланс між професійним і особистим, подальші можливості освіти – частину з них було передано для обговорення в наступних сесіях.

Підсумком зустрічі стала рефлексивна вправа: кожен учасник у форматі одного речення формулював нову виявлену для себе цінність. За бажанням також проводилася вправа “Професійний комплімент”: учасники анонімно писали короткі підбадьорювальні послання одне одному, які потім зачитувалися в групі. Це дозволило завершити сесію на теплій емоційній ноті та посилити відчуття підтримки.

Попри певні коливання активності, цілі третьої сесії були досягнуті. Учасники змогли переосмислити власну мотивацію, окреслити професійні цілі та отримати підтримку групи у своєму розвитку. Проведені вправи сприяли формуванню глибшого розуміння себе як фахівця та підвищили впевненість у власному потенціалі.

Сесія 4 “Попередження вигорання”

Четверта сесія була зосереджена на темі професійного вигорання та саморегуляції. Основною метою заняття було підвищення обізнаності учасників про механізми вигорання, формування навичок раннього розпізнавання його

ознак та ознайомлення з практичними техніками профілактики. Тематика сесії відповідала запитам учасників, виявленим у попередніх етапах програми.

Початкова частина заняття мала теоретичний характер. Ведучий представив поняття синдрому професійного вигорання, окреслив його основні стадії та типові ознаки, які найчастіше проявляються у фахівців соціальної сфери. Окрему увагу було приділено емоційним, когнітивним і поведінковим проявам вигорання в роботі з уразливими групами. Інформаційний матеріал супроводжувався наочними схемами, а також коротким тестом для самодіагностики, який дозволив кожному оцінити свій поточний стан. Це створило підґрунтя для рефлексії та подальшого обговорення.

Наступний етап сесії був присвячений обміну досвідом: учасники у відкритій дискусії окреслювали специфічні чинники ризику та можливі захисні механізми, характерні для роботи у ВІЛ-сервісі. Серед ризиків найчастіше згадувалися високе емоційне навантаження, відсутність визнання, міжвідомчі суперечності, а також робота зі складними життєвими історіями клієнтів. Натомість захисними ресурсами учасники вважали командну підтримку, чітке визначення меж професійної відповідальності, регулярну супервізію та навички емоційного самозбереження. Таке обговорення дозволило пов'язати теоретичні знання з реальними робочими ситуаціями та відкрити можливості для розвитку нових стратегій самопідтримки.

Значущим компонентом сесії стала участь запрошеного менеджера організації, який поділився особистим досвідом подолання вигорання, навів конкретні приклади та відповів на запитання. Його відкритість і практичні поради надали обговоренню додаткової глибини та посилили довіру в групі. Приклад керівника продемонстрував, що проблема вигорання є актуальною незалежно від посади і що професійна стійкість – це не риса характеру, а навичка, яку можна розвивати.

Основна частина заняття була присвячена практичному знайомству з методами емоційної саморегуляції. Ведучий представив набір технік, адаптованих до потреб соціальних працівників: мікропаузи упродовж робочого дня, дихальні вправи, ведення щоденника напруги, техніки когнітивного переформулювання, а також “правила енергетичного балансу”. Деякі з технік учасники мали змогу одразу випробувати в аудиторії, що сприяло кращому їх засвоєнню та зменшенню емоційного напруження вже під час заняття.

У підсумковій рефлексії кожен учасник складав персональний план дій щодо самопідтримки – обирав одну-дві техніки, які планує впровадити найближчим часом, і обговорював з групою, як саме це реалізуватиме.

Атмосфера сесії була зосередженою, уважною та підтримуючою. Учасники відкрито ділилися власним досвідом, ставили запитання, виявляли готовність говорити про вразливість – попри те, що початок теми викликав у деякого опір. Позитивну динаміку забезпечили приклади з досвіду менеджера та взаємопідтримка у групі. Особливо цінним стало те, що більш досвідчені колеги підтримували молодших, створюючи атмосферу професійної солідарності.

У підсумку можна вважати, що завдання сесії були повністю реалізовані. Учасники не лише підвищили рівень знань про вигорання, а й отримали дієві інструменти для збереження психологічного ресурсу. Це підтвердив як зворотний зв'язок, так і загальна емоційна динаміка групи: атмосфера полегшення, активне включення у вправи, взаємне підбадьорювання та вдячність за практичність матеріалів.

Сесія 5 “Професійне майбутнє”

П'ята, завершальна сесія була спрямована на рефлексивне підбиття підсумків програми, інтеграцію засвоєних знань і планування подальшого професійного розвитку учасників. Ведучий розпочав зустріч із короткого огляду ключових тем попередніх сесій і запропонував учасникам визначити, які зміни та усвідомлення стали для них найбільш значущими. Метою заняття було не

лише зафіксувати досягнення, а й допомогти кожному сформулювати реалістичні плани кар'єрного зростання та осмислити напрямки подальшої самоосвіти.

Першим практичним етапом стало створення індивідуальних “карт професійного розвитку”. Учасники візуалізували власну професійну траєкторію: позначали поточне положення, а також бажані етапи розвитку у межах 3–5 років з урахуванням особистих ресурсів, пріоритетів і контексту. Робота проходила в індивідуальному форматі з подальшим обговоренням у підгрупах: фахівці ділилися своїми планами, отримували зворотний зв'язок від колег, спільно аналізували можливі труднощі реалізації задуманого. Ця вправа дозволила не лише структурувати наміри, а й усвідомити логічний зв'язок між темами попередніх сесій і новими професійними цілями.

Наступним етапом стала розробка невеликого проєкту або ініціативи, релевантної до роботи у ВІЛ-сфері – наприклад, ідею просвітницької кампанії для клієнтів, покращення внутрішньої комунікації в команді або заходів із профілактики вигорання. Під час п'ятої сесії учасники представляли свої ідеї, описували цілі, цільову аудиторію та очікувані результати. Група ставила уточнювальні запитання, висловлювала підтримку і пропонувала вдосконалення. Така форма роботи сприяла прикладному осмисленню матеріалу курсу та посилювала мотивацію до його впровадження у повсякденну практику.

Окремий блок заняття було присвячено актуалізації запитів на подальші навчальні або підтримувальні активності. Учасники обговорювали, яких тем не вистачило, що вони хотіли би вивчити глибше, яку підтримку бажають отримати надалі. Зокрема, звучали ідеї щодо організації регулярних супервізій, тематичних мінітренінгів, професійного обміну між командами тощо. Цей блок дав змогу зафіксувати потреби, що виникли під час програми, і сформувати вектор подальшого розвитку освітніх ініціатив в організації.

Після цього всім учасникам було повторно запропоновано заповнити авторську анкету, яку вони проходили до початку навчального циклу. Це дозволило зафіксувати динаміку змін за такими показниками, як упевненість у знаннях, рівень емоційної стійкості, професійна мотивація та розуміння своєї ролі в команді.

Завершальним етапом сесії стало рефлексивне коло подяки. Кожен учасник міг коротко висловити вдячність своїм колегам, ведучому чи групі загалом – за підтримку, розуміння, натхнення чи конкретну допомогу під час курсу. Цей етап мав не лише емоційне, а й символічне значення, підкреслюючи згуртованість групи та спільний досвід професійного зростання.

Атмосфера сесії була теплою, емоційно насиченою й водночас зосередженою. Учасники демонстрували готовність до подальших кроків, підтримували один одного у формулюванні цілей і ділилися планами із щирим інтересом. Впродовж обговорення простежувалося зростання довіри, глибшого розуміння колег і зміцнення професійної ідентичності.

Загалом, усі п'ять сесій були реалізовані відповідно до структури та змісту програми й досягли поставлених завдань. Учасники продемонстрували високу залученість на всіх етапах: повна присутність на заняттях, активна участь у вправах, готовність до саморефлексії та конструктивний зворотний зв'язок свідчать про високу практичну значущість та актуальність обраної тематики.

Оцінка ефективності програми

З метою оцінки ефективності програми було проведено попарне порівняння результатів анкетування, що здійснювалося до початку та після завершення циклу занять. Для статистичного аналізу використано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок, із перевіркою гіпотези про зростання оцінок після проходження програми. Отримано статистично значущі покращення ($p < 0,05$) за трьома ключовими показниками:

- впевненість у знаннях про профілактику ВІЛ ($p < .001$);
- здатність розпізнавати ознаки емоційного вигорання ($p < .001$);
- мотивація працювати у сфері ВІЛ-сервісу ($p < .001$).

Ці результати свідчать про високу релевантність змісту програми до реальних потреб учасників, а також її ефективність у посиленні базових професійних компетентностей – знанневих, емоційно-регулятивних і мотиваційних. Повні результати порівняльного аналізу подано в таблиці 3.1, де представлено співставлення середніх значень відповідей учасників до та після участі у програмі за кожним із трьох показників. Розширену версію таблиці з усіма анкетними пунктами і статистичними характеристиками наведено в Додатку Г.

Таблиця 3.1

Порівняння статистично значущих середніх показників до та після участі в програмі

Показник	М (до)	М (після)
Впевненість у знаннях про профілактику ВІЛ	5.5	7.1
Здатність розпізнавати ознаки емоційного вигорання	5.4	6.9
Мотивація працювати у сфері ВІЛ-сервісу	6.1	7.6

Як бачимо, участь у програмі дала змогу учасникам зміцнити окремі важливі компоненти професійної підготовленості, які безпосередньо впливають на якість виконання функціональних обов'язків у сфері ВІЛ-сервісу. Зміни стосувалися не лише зростання впевненості у власних знаннях щодо профілактики, догляду та підтримки, а й глибшого усвідомлення свого емоційного стану, професійної мотивації та ролі в мультидисциплінарній

команді. Таке поєднання когнітивних і емоційно-особистісних зрушень є свідченням того, що навіть короткотермінові, але цілеспрямовані освітньо-підтримувальні втручання можуть мати позитивний ефект у роботі з фахівцями, які функціонують в умовах підвищеного навантаження, обмежених ресурсів та емоційної вразливості.

З практичної точки зору, отримані результати підкреслюють доцільність впровадження подібних програм як елемента внутрішньоорганізаційної системи професійної підтримки. Підвищення відчуття професійної спроможності, розвиток здатності до саморефлексії, чіткіше усвідомлення власних професійних орієнтирів і потреб – усе це створює передумови для якіснішого надання послуг, зниження плинності кадрів і профілактики професійного вигорання. Особливо важливо, що учасники мали змогу не лише здобути нові знання, а й сформувати навички самозбереження, емоційного відновлення та стратегічного мислення щодо власної кар'єри.

Водночас під час участі в програмі учасники актуалізували власні запити – теми, у яких їм бракує впевненості або хочеться розвиватися далі. Це допомогло краще зрозуміти, що саме є для них пріоритетним на цьому етапі роботи. Отриманий досвід дає підстави розглядати можливість подальшого використання програми в організаціях ВІЛ-сервісу як інструменту підтримки та розвитку соціальних працівників.

Таким чином, подібні програми варто розглядати не як разові тренінгові ініціативи, а як потенційно стабільний механізм підтримки персоналу у ВІЛ-сервісних організаціях. Йдеться не лише про оновлення інформації чи технік, а насамперед – про створення простору, де соціальні працівники можуть переосмислити свій досвід, зміцнити внутрішню стійкість і відчутти визнання своєї ролі в системі допомоги людям, які живуть з ВІЛ.

Висновки до розділу 3

Нами було представлено розробку та апробацію програми підвищення рівня підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу. Програма складалася з п'яти сесій, спрямованих на підсилення знаннєвого компоненту, розвиток емоційної обізнаності та мотиваційної стійкості фахівців. Формат фасилітаційних сесій було обґрунтовано як більш гнучкий та релевантний у порівнянні з класичними тренінгами чи лекціями, адже він може забезпечити безпечний простір для саморефлексії, емоційного розвантаження та практичного засвоєння знань.

Апробація програми була здійснена на базі БО “100 відсотків життя. Київський регіон”, де участь у сесіях взяли десять соціальних працівників, які працюють у різних напрямках ВІЛ-сервісу. Усі сесії відбулися згідно з планом, з повною присутністю учасників та активною взаємодією в групі. Зміст програми був позитивно оцінений учасниками як такий, що відповідає їхнім професійним запитам, а формат роботи – як ефективний для розкриття як фахових, так і особистісних ресурсів. На підставі цього було рекомендовано розглянути можливість інтеграції подібних програм у систему внутрішньої підтримки персоналу організації.

Кількісний аналіз результатів авторської анкети, проведеної до і після участі в програмі, підтвердив її ефективність. Статистично значущі покращення зафіксовано у трьох складових: впевненість у знаннях про профілактику ВІЛ, здатність розпізнавати ознаки емоційного вигорання та мотивація працювати у сфері ВІЛ-сервісу. Це свідчить про те, що програма може впливати на такі важливі компоненти професійної підготовленості фахівця, як-от когнітивний, емоційно-регулятивний та ціннісно-мотиваційний. Запропонований підхід може бути успішно використаний у подальшій практиці підвищення рівня підготовленості соціальних працівників, зокрема в умовах зростання професійного навантаження та викликів, пов'язаних із війною.

ВИСНОВКИ

В рамках дипломної роботи було проведено теоретичний аналіз змісту діяльності соціальних працівників у сфері ВІЛ-сервісу, що дозволив окреслити особливості їх професійної ролі в сучасних умовах. Встановлено, що ВІЛ-сервіс охоплює не лише профілактичну роботу та надання базових послуг, а й більш комплексні напрями, включно з психосоціальною підтримкою, супроводом до лікування, кризовим реагуванням, адвокацією прав клієнтів. Водночас з'ясовано, що чинна нормативна база чітко регламентує медичні аспекти допомоги, однак соціальна складова не завжди має системну підтримку та відповідне методичне забезпечення. У роботі було з'ясовано, що в умовах повномасштабної війни відбулися суттєві трансформації у функціонуванні ВІЛ-сервісу: зросло навантаження на соціальних працівників, посилилася потреба у гнучкості, емоційній стійкості, здатності до роботи з внутрішньо переміщеними особами, підтримки безперервності терапії. Проаналізовано освітні програми та існуючі підходи до підготовки фахівців, що дозволило виявити невідповідність між академічною підготовкою і реальними запитами практики.

Емпірично досліджено поточний стан підготовки соціальних працівників до роботи у ВІЛ-сервісних організаціях в Україні. Опитування охопило 52 фахівця, що надають як профілактичні, так і послуги ДіП. Здійснено кількісний та якісний аналіз отриманих даних. Виявлено статистично значущі зв'язки між кількістю пройдених навчань, рівнем самооцінки знань, задоволеністю роботою та окремими аспектами професійної життєстійкості. Було встановлено, що соціальні працівники, які мали більше досвіду професійного навчання та вищу впевненість у власних знаннях, демонстрували вищий рівень професійної мотивації, включеності та емоційної врівноваженості. Водночас було виявлено диференціацію за віком, стажем, напрямом роботи та типом організації, що свідчить про потребу в персоналізованих підходах до підвищення кваліфікації.

Особливу увагу привернули результати якісного аналізу відповідей, у межах якого респонденти мали можливість самостійно визначити теми, що, на їхню думку, потребують додаткового опрацювання чи оновлення. Це дозволило вийти за межі закритих запитань і зафіксувати живі, практично орієнтовані запити фахівців. Найчастіше учасники акцентували на важливості тем, пов'язаних із профілактикою професійного вигорання, вирішенням конфліктних ситуацій з клієнтами та побудовою ефективної взаємодії в команді. Такі відповіді вказують на реальні виклики, з якими соціальні працівники стикаються у щоденній практиці.

Було розроблено, впроваджено й апробовано програму вдосконалення підготовленості соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу. Програма включала п'ять підтримувально-освітніх сесій тривалістю 90 хвилин, які проводилися у квітні 2025 року на базі БО “100 відсотків життя. Київський регіон”. Заняття охоплювали теми актуалізації знань про ВІЛ, професійної взаємодії з клієнтами й колегами, самовизначення у професійній сфері, попередження емоційного вигорання та проєктування власного кар'єрного майбутнього. Програма реалізовувалася у форматі фасилітаційних сесій, що поєднували короткі лекційні фрагменти, практичні вправи, роботу в малих групах, обговорення кейсів і рефлексивні елементи. Учасники пройшли анкетування до початку та після завершення програми з метою оцінки змін. Порівняльний аналіз результатів анкетування засвідчив позитивну динаміку: після проходження програми значуще зросла впевненість у знаннях, здатність розпізнавати ознаки професійного вигорання, а також мотивація до роботи у сфері. Ці зміни були статистично підтвержені, що свідчить про ефективність програми як інструменту розвитку професійних і емоційних ресурсів соціальних працівників. Програма також дала змогу учасникам усвідомити свої професійні запити, що робить її корисною не лише для підтримки, а й для розуміння актуальних потреб персоналу. З огляду на позитивні результати, її можна

адаптувати та впроваджувати в інших ВІЛ-сервісних організаціях як ефективну форму підвищення професійної підготовленості.

З огляду на отримані результати, дипломна робота підтвердила актуальність проблеми професійної підготовки соціальних працівників до роботи у сфері ВІЛ-сервісу та продемонструвала, що цю підготовку можливо й доцільно посилювати за допомогою цілеспрямованих програм, орієнтованих на реальні потреби фахівців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альянс громадського здоров'я. Оцінка смертності серед клієнтів програм зменшення шкоди в Україні. Київ, 2020. URL: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2020/10/Otsinka-smertnosti_2020_web.pdf
2. Антиретровірусну терапію в Україні отримує 116 730 людей, які живуть з ВІЛ. Центр громадського здоров'я України. 2025. URL: <https://phc.org.ua/news/antiretrovirusnu-terapiyu-v-ukraini-otrimue-116-730-lyudey-y-aki-zhivut-z-vil-dani-na-1042025>
3. Бойко А., Дмитришина Н., Тюленєва Н. Інтегрована програма з формування прихильності до АРТ у клієнтів ВІЛ-сервісних організацій та розвитку їхньої економічної самостійності. Частина 2. Втручання з формування прихильності до АРТ “Школа пацієнта”. Київ, 2017. 132 с. URL: <https://respond.pactukraine.org.ua/file/4u.pdf>
4. Бутенко Н. В., Тулін К. С. Проектний підхід у роботі з ЛЖВ у період війни. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2025. 1 (56). URL: <http://visnyk-ped.uzhnu.edu.ua/article/view/329983>
5. Вакансії в БО “100% Життя. Київський регіон”. Офіційний сайт БО “100% Життя. Київський регіон”. URL: <https://100lifekyiv.org/pro/vakansiyi>
6. Варнава У. В. Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для студентів факультету психології та соціальної роботи першого (бакалаврського) рівня освіти, спеціальності 231 “Соціальна робота”. 2023. 24 с. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/897adcb1-0468-46ea-bc77-35d704893778/content>
7. Всеукраїнська мережа ЛЖВ. Річний звіт виконавчого директора за 2024 рік. Київ, 2025. URL:

<https://network.org.ua/wp-content/uploads/2025/01/Richnyj-zvit-2024-Dyrektora-vykonavchogo.pdf>

8. Ганжа І.М., Іванько О.М., Антомонов М.Ю. Прояви стигми та дискримінації серед медичного персоналу щодо ВІЛ-інфікованих осіб: стан та напрями подолання. Український журнал військової медицини. 2024. Т. 5, № 2. URL:

https://www.researchgate.net/publication/382033665_Proavi_stigmi_ta_diskriminacii_sered_medycznogo_personalu_sodo_VIL-infikovanih_osib_stan_na_naprami_podolanna

9. Демченко І., Скокова Л., Булига Н. Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ 2.0. Україна. Київ, 2020. 104 с. URL: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGMY-LYUDEJ-YA-KI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf>

10. Журавель Т.В., Лях Т.Л. Особливості соціально-психологічної підтримки осіб та сімей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Україні. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2016. № 8 (52).

11. Звіт про внутрішнє переміщення населення в Україні. Опитування загального населення – Раунд 19 – січень 2025 року. Displacement Tracking Matrix. Home Displacement Tracking Matrix. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-zvit-provnutrishne-peremischennya-naselennya-v-ukraini-opituvannya-zagalnogo-1>

12. Інспекція праці інформує: Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у регіонах України. Східне міжрегіональне управління. URL: <https://smu.dsp.gov.ua/news/inspektsiia-pratsi-informuie-zakhvoriuvanist-na-vil-infektsiiu-u-rehionakh-ukrainy>

13. Кокун О.М. Методика психологічної діагностики стресостійкості та адаптивності особистості: метод. рек. – Київ: ІПіЕНД імені І. Ф. Кураса НАН України, 2019.

14. Лютий В., Сапіга С., Петрочко Ж. . Залучення до наукових досліджень як форма підтримки соціальної активності молодих людей, які живуть з ВІЛ. *Social Work and Educatio*. 2024. Vol. 11, No. 2. URL: https://www.researchgate.net/publication/383139305_Zalucenna_do_naukovih_doslidzen_ak_forma_pidtrimki_socialnoi_aktivnosti_molodih_ludej_aki_zivut_z_VIL

15. Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та ЗПТ на широкомасштабне вторгнення росії. Київ : Центр громадського здоров'я України, 2023. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Report_final_ukr_compressed.pdf

16. Освітня програма “Соціальна робота” першого (бакалаврського) рівня вищої освіти. КНУ імені Тараса Шевченка. URL: <https://infopacket.knu.ua/CourseInfo?courseId=35166>

17. Пакт оголошує конкурс для НУО щодо надання послуг з відновлення доступу до медичних сервісів. ГУРТ – Ресурсний центр. 22 верес. 2023. URL: <https://gurt.org.ua/news/grants/90977>

18. Полоз О. А. Обізнаність молоді у питаннях ВІЛ/СНІДу. *Медсестринство*. 2021. № 2. С. 51–54. URL: <https://www.researchgate.net/publication/354485697>

19. Портал безперервного професійного розвитку фахівців системи громадського здоров'я України. Центр громадського здоров'я України. URL: https://portal.phc.org.ua/uk/view_all_courses/

20. Послуги профілактики ВІЛ серед групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) у м. Києві : тендер UA-2024-03-14-001714-а. Замовник: Державна установа “Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України”. URL: <https://prozorro.gov.ua/tender/UA-2024-03-14-001714-a>

21. Посібник з контактною інформацією та описом послуг із захисту прав людини для представників ключових груп. Київ : МБФ “Альянс

громадського здоров'я», 2024. 128 с. URL: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2024/10/18_10_Posibnik_Kartuvannya-PYUP_compressed.pdf

22. Проекти – ЛЖВ. ЛЖВ. URL: <https://network.org.ua/proekty/>

23. Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 верес. 2023 р. № 1632. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1804-23>

24. Про затвердження Порядку надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січ. 2024 р. № 140. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0216-24>

25. Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лют. 2024 р. № 288. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0332-24>

26. Підтримка ініціатив спільнот (SCLR) – Alliance for public health. Alliance for Public Health. URL: <https://aph.org.ua/uk/nasha-robota/ukraine/pidtrimka-initsiativ-spilnot-sclr>

27. Коваленко Б. Роль ВІЛ-сервісних організацій у наданні соціальної підтримки: нові виклики та перспективи. Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : тези доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2025. С 82-84. URL: https://psy.knu.ua/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1234&id=4280&Itemid=1000000000000

28. Річний звіт 2023. Міжнародний благодійний фонд «СНІД Фонд Схід-Захід». Міжнародний благодійний фонд «СНІД Фонд Схід-Захід». URL: <https://afew.org.ua/2023-richnij-zvit/>

29. Сапричова Л.В., Шокало І.В., Сердюк К.О. Оцінка інформованості населення щодо свого ВІЛ-статусу та захворювань на гепатит В і С, ризиків їх

виникнення в Україні. 2024. URL:
<https://www.researchgate.net/publication/378234118>

30. Сапіга С. Фактори впливу на формування прихильності до антиретровірусної терапії в підлітків, що живуть із ВІЛ. Humanitas. 2022. № 5. С.68-74. URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2021.5.10>

31. Семигіна Т., Столярик О. Соціальна робота у сфері охорони здоров'я України: виклики та перспективи. Humanitas. 2024. № 3. С. 147–153. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/humanitas/article/view/1844/1732>

32. Соціальний працівник : професійний стандарт : наказ Міністерства економіки України від 04 лип. 2019 р. № 1049. URL: <https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/75-1049.pdf>

33. Стандарт вищої освіти України. Перший (бакалаврський) рівень. Галузь знань 23 “Соціальна робота”. Спеціальність 231 “Соціальна робота” : затверджений наказом Міністерства освіти і науки України від 24 квіт. 2019 р. № 509. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/04/25/231-Sotsial.robota-bakalavr-VO.18.01.pdf>

34. Україна під час війни зберегла стабільність надання медичної допомоги ЛЖВ – постерна доповідь. Центр громадського здоров'я України. 2023. URL: <https://www.phc.org.ua/news/ukraina-pid-chas-viyni-zberegla-stabilnist-nadannya-medichnoi-dopomogi-lzhv-posterna-dopovid>

35. Уроки зменшення шкоди: онлайн-курс. Profihealth: освітній портал з питань громадського здоров'я. URL: <https://profihealth.org.ua/uk/courses/1>

36. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні на початок 2022 року. Київ, 2022. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsyi_z_VI_L_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2022.pdf

37. Шваб І., Лютий В. Впровадження підходу диференційованого надання послуг представникам ключових груп інфікування ВІЛ в Україні. Соціальна робота та проблеми суспільства : зб. наук. пр. Київ : Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. С. 84–87. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/50390/1/I_Shvab_V_Liutyi_SRRP_SPSW.pdf
38. Швед, О., Карпенко, О. (2023). Вивчення зарубіжного досвіду реалізації соціальних проєктів і програм із профілактики ВІЛ/СНІДу. Ввічливість. Humanitas, 1,188–197. URL: <https://www.researchgate.net/publication/380909371>
39. Юрко К.В., Лантух І.В., Меркулова Н.Ф., Лєсна А.С. Значення психологічної допомоги для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих хворих. Інфекційні хвороби. 2021. URL: <https://www.researchgate.net/publication/367856848>
40. Brandt A. AIDS: Fear and Hope : онлайн-курс. Harvard University, Coursera, 2020. URL: <https://www.coursera.org/learn/aids-fear-hope>
41. Chronic Care: підтримка людей із хронічними захворюваннями: онлайн-курс. Prometheus. 2024. URL: <https://prometheus.org.ua/prometheus-free/chronic-care-support/>
42. Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services. Geneva: World Health Organization, 2024. 192 p. ISBN: 978-92-4-009639-4. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096394>
43. Firman, F., Yona, S., Waluyo, A. Resilience, social support, and quality of life among people living with HIV/AIDS. Jurnal Keperawatan Indonesia. 2025. Vol. 28, № 1. P. 35–44. URL: <https://www.researchgate.net/publication/392015403>
44. Framework for Strengthening the Social Service Workforce. Social Service Workforce Alliance. March 2024. URL: https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/SSWS_Framework_ENGLISH.pdf

45. Garnett G.P., Herbeck J.T., Akullian A. The changing cost-effectiveness of primary HIV prevention: simple calculations of direct effects. *Journal of the International AIDS Society*. 2025. Vol. 28. URL: <https://www.researchgate.net/publication/391782794>
46. GBD 2019 HIV Collaborators, Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., та ін. Global and regional disease burden of HIV/AIDS from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet HIV*. 2022. Vol. 9, № 12. URL: <https://www.researchgate.net/publication/392073724>
47. Ghosh M., Ragan E.J., Wendel K.A., Rangel G., Espinosa J., Beymer M.R., et al. Social and sexual networks of newly diagnosed people living with HIV. *PLOS ONE*. 2024. Vol. 19, № 3. URL: <https://www.researchgate.net/publication/389027091>
48. Global Standards for Social Work Education and Training. International Association of Schools of Social Work, International Federation of Social Workers. Geneva: IASSW, IFSW, 2020. URL: https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/11/IASSW-Global_Standards_Final.pdf
49. Knowledge about biomedical HIV prevention among healthcare workers: A cross-sectional study in Europe and Central Asia. *HIV Medicine*. 2025. URL: <https://www.researchgate.net/publication/391890195>
50. Lazarus J. V., Safreed-Harmon K., Sokolowski C., Dzhygyr Y., Doroshenko O., Spicer N. The impact of the war in Ukraine on the HIV/AIDS and tuberculosis response. *Journal of the International AIDS Society*. 2024. Vol. 27, № 4. Article e26072. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11258434/>
51. OpenWHO: платформа онлайн-навчання Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://openwho.org/>
52. Optimizing community health worker programmes for HIV services: a guide for health policy and system support. Geneva: World Health Organization,

2021. 36 p. ISBN: 978-92-4-004016-8. URL:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350197/9789240040168-eng.pdf>

53. People living with HIV during humanitarian emergencies. NGO report. UNAIDS. URL: <https://unaidspcbngo.org/report/53-ngo-report/>

54. People Living with HIV Stigma Index 2.0. Global Report 2023. Hear Us Out: Community Measuring HIV-Related Stigma and Discrimination. Global Network of People Living with HIV (GNP+). Amsterdam: 2023. URL: <https://gnpplus.net/resource/plhiv-stigma-index-global-report/>

55. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight Against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030 : draft resolution / submitted by the President of the General Assembly. URL: <https://digitallibrary.un.org/record/831426?ln=en&v=pdf#files>

56. Romijnders K. A. G. J., Gonzalez F. R., Matser A., Verburgh M. L., Dijkstra M., Reiss P. та ін. The expected impact of a cure for HIV among people with HIV and key populations. Communications Medicine. 2025. Vol. 5, Art. 152. URL: <https://www.researchgate.net/publication/391427370>

57. Safeguarding HIV prevention and care services amidst military conflict. BMJ Global Health. 2023. URL: <https://gh.bmj.com/content/8/12/e014299>

58. Social Determinant Factors on HIV/AIDS Prevention in Marginalized Communities: Systematic Literature Review. ResearchGate. 2024. URL: <https://www.researchgate.net/publication/391767430>

59. Ukraine: UNAIDS response to the crisis. Situation report, February 2025. Geneva: UNAIDS, 2025. URL: <https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-02/Ukraine-SitRep.pdf>

60. WHO consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2021. 79 p. ISBN: 978-92-4-002358-1. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341052/9789240023581-eng.pdf>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Анкета “Особливості підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу”

Привіт!

Мене звати Богдан Коваленко, я студент 4 курсу КНУ імені Тараса Шевченка спеціальності “Соціальна робота”. Зараз я пишу дипломну роботу на тему “Особливості підготовки соціальних працівників до роботи в організаціях ВІЛ-сервісу”. Ця анкета – частина мого дослідження. Я хочу краще зрозуміти, як сьогодні готують соціальних працівників до роботи в цій сфері, з якими викликами ви стикаєтесь і що можна покращити.

Опитування складається з 4 блоків:

- 1. Опитувальник професійної життєстійкості.**
- 2. Знання про ВІЛ і пов’язані з ним послуги.**
- 3. Загальні питання про вас (вік, освіта, досвід тощо).**

Анкета анонімна! Ваші відповіді не побачить адміністрація чи менеджмент організації. Усі дані використовуються лише для наукових цілей. Прохання: заповнюйте самостійно, не шукаючи відповіді в Інтернеті чи у колег! Тут важлива саме ваша особиста думка, досвід і знання. Дякую за ваш час і участь! Це дуже допоможе моїй роботі – і, сподіваюсь, майбутній підготовці фахівців.

Питання 1: Я ознайомлений(а) з умовами участі в опитуванні та даю згоду на використання моїх відповідей в анонімному вигляді для наукових цілей.

Блок 1. Опитувальник професійної життєстійкості

Питання 2: Як часто Ви отримуєте задоволення саме від процесу своєї

роботи?

Питання 3: Чи подобається Вам постійно бути в курсі своїх робочих справ?

Питання 4: Чи виникає у Вас стан певного піднесення, коли доводиться братися за нестандартні робочі справи?

Питання 5: Якою мірою у Вас виражене прагнення постійно бути обізнаним щодо всіх своїх робочих справ?

Питання 6: Чи потрібне, на Вашу думку, чітке планування роботи?

Питання 7: Якою мірою виникнення на роботі нестандартної ситуації підвищує Вашу професійну відповідальність?

Питання 8: Наскільки Вас захоплює взаємодія з колегами при подоланні розв'язання поставлених завдань?

Питання 9: Чи вважаєте Ви, що постійний взаємний контроль за діяльністю колег на роботі (в розумних межах) йде їй на користь?

Питання 10: Якою, на Вашу думку, має бути природна реакція групи колег, що спільно працюють, на виникнення нештатних ситуацій?

Питання 11: Як часто у своїх думках Ви повертаєтесь до фахових справ поза роботою?

Питання 12: Як часто Ви перевіряєте відповідність поставлених на роботі завдань тому, як вони виконуються?

Питання 13: Чи згодні Ви з тим, що ефективно професійне зростання фахівця неможливе без постійного розв'язання нестандартних та відповідальних завдань?

Питання 14: Як часто Ви натрапляєте у процесі своєї роботи з чимось цікавим (чи) вартим уваги?

Питання 15: Як часто у Вас виникає занепокоєння, коли з якихось причин стає неможливим передбачити особливості своєї роботи наперед?

Питання 16: Чи сильно псується у Вас настрій, коли на роботі доводиться

вирішувати непередбачувані ситуації?

Питання 17: Як часто обставини Вашої роботи складаються так, що доводиться постійно тримати у фокусі уваги свої робочі справи?

Питання 18: Чи потрібен, на Вашу думку, постійний моніторинг ходу роботи (своєї, колег, організації)?

Питання 19: Чи помічали Ви у себе зменшення бажання працювати у разі підвищення відповідальності за кінцевий результат роботи?

Питання 20: Чи перебуваєте Ви в курсі робочих та позаробочих справ своїх колег?

Питання 21: Наскільки легко Вам працювати з колегами, які не зовсім відкриті щодо ходу та результатів своєї та (або) спільної роботи?

Питання 22: Як змінюється Ваша взаємодія з колегами, коли доводиться розв'язувати незвичні завдання?

Питання 23: Чи легко Ви відволікаєтесь під час роботи на позаробочі питання?

Питання 24: На Вашу думку, перевірка зайвий раз того, що робиш, піде тільки на користь кінцевому результату?

Питання 25: Чи згодні Ви з тим, що працювати в умовах невизначеності має вміти кожний працівник?

Блок 2. Знання про ВІЛ і пов'язані з ним послуги

Питання 26: У середньому “період вікна” після інфікування триває:

Питання 27: ВІЛ руйнує в першу чергу:

Питання 28: Який тест найточніше визначає ВІЛ у період вікна?

Питання 29: Антиретровірусна терапія (АРТ):

Питання 30: Людина, яка приймає АРТ і має невизначне вірусне навантаження, може передати ВІЛ під час сексу?

Питання 31: PrEP використовується для:

Питання 32: СТ-ВІЛ означає:

Питання 33: Яка з послуг не входить до базового пакету профілактики ВІЛ серед ключових груп?

Питання 34: Людина з позитивним результатом швидкого тесту на ВІЛ:

Питання 35: Соціальний працівник не має права:

Питання 36: Хто з наступних не входить до ключових груп у контексті профілактики ВІЛ?

Питання 37: Основна мета АРТ –

Питання 38: Стигматизація людей з ВІЛ:

Питання 39: Послуги з догляду та підтримки включають:

Питання 40: Хто може отримати безкоштовний тест на ВІЛ в Україні?

Питання 41: Яке з тверджень про СНІД правильне?

Питання 42: Який із варіантів НЕ належить до тестування на ВІЛ?

Питання 43: У яких умовах клієнту варто пройти самотестування (СТ-ВІЛ)?

Питання 44: У якому випадку варто негайно звернутися до ЗОЗ після

Питання 45: Яка з наведених дій НЕ входить до функцій соціального працівника у сфері ВІЛ?

Питання 46: Соціальний працівник в організації ВІЛ-сервісу має надавати послуги, які включають:

Питання 47: Що з наведеного найбільш відповідає принципу “зменшення шкоди” у ВІЛ-профілактиці?

Питання 48: У роботі з ЛЖВ соціальний працівник повинен:

Питання 49: Що з нижченаведеного є прикладом супроводу клієнта в контексті ВІЛ-послуг?

Блок 3. Соціально-демографічний

Питання 50: Скільки Вам років?

Питання 51: Ваша гендерна ідентичність

Питання 52: Ваш найвищий рівень освіти

Питання 53: За якою спеціальністю Ви здобули освіту?

Питання 54: Чи були у Вас модулі/курси, присвячені ВІЛ?

Питання 55: Скільки років Ви працюєте саме у сфері ВІЛ-сервісу?

Питання 56: Чи є у Вашій організації внутрішнє навчання та/або тренінги з підвищення кваліфікації?

Питання 57: Скільки тренінгів Ви пройшли за весь період роботи?

Питання 58: В якому напрямку ВІЛ-сервісу Ви працюєте?

Питання 59: З якими клієнтами Ви працюєте?

Питання 60: Чи маєте Ви доступ до супервізії/методичної підтримки?

Питання 61: Чи маєте Ви психологічну підтримку?

Питання 62: Як Ви оцінюєте свої знання про ВІЛ?

Питання 63: Чи почуваетесь Ви впевнено в роботі з людьми, яким надаєте послуги?

Питання 64: Наскільки Ви задоволені своєю професійною діяльністю як соціальний працівник у сфері ВІЛ-сервісу?

Питання 65: Які теми Ви б хотіли бачити у майбутніх тренінгах або супервізіях?

Питання 66: В якій організації Ви працюєте?

Питання 67: В якому місті (області) Ви працюєте?

Коефіцієнти кореляції Пірсона між основними змінними дослідження

(n = 52)

№	Змінна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Заг. рівень професійної життєстійкості	-									
2	Емоційний компонент	0.630	-								
3	Мотиваційний компонент	0.618	0.141	-							
4	Соціальний компонент	0.732	0.205	0.408	-						
5	Власне проф. компонент	0.794	0.524	0.321	0.489	-					
6	Стаж	-0.031	-0.192	0.083	-0.045	0.053	-				
7	Тренінги	-0.037	-0.038	-0.062	-0.004	0.402	0.182	-			
8	Оцінка знань	-0.100	-0.111	-0.004	-0.031	-0.045	-0.125	0.349	-		
9	Впевненість	0.129	0.289	-0.044	-0.045	-0.125	-0.051	0.102	-0.337	-	
10	Задоволеність	-0.065	-0.071	0.003	-0.020	-0.051	-0.108	-	0.365	-0.379	-

**Структура анкети визначення показників самопочуття та професійної
підготовленості**

Блок 1. Професійна впевненість і знання	
1	Я почуваюся впевнено у своїх знаннях про профілактику ВІЛ-інфекції.
2	Я добре розумію особливості догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ.
3	Я можу пояснити клієнту базову інформацію про ВІЛ простою мовою.
4	Я знаю, як взаємодіяти з іншими фахівцями (лікарями, консультантами тощо) у команді ВІЛ-сервісу.
5	Я розумію, яку саме роль виконує соціальний працівник у мультидисциплінарній команді.
Блок 2. Емоційна стійкість і саморегуляція	
6	Я володію методами самопідтримки для подолання професійного стресу.
7	Я вмю розпізнавати ознаки емоційного вигорання у себе.
8	Я маю внутрішні ресурси для збереження емоційної рівноваги у складних ситуаціях.
9	Я знаю, до кого звернутися по підтримку в разі емоційного виснаження.
10	Я відчуваю, що можу впоратися з емоційними викликами у своїй професійній діяльності.
Блок 3. Мотивація та професійне самовизначення	
11	Я відчуваю мотивацію продовжувати роботу у сфері ВІЛ-сервісу.
12	Я чітко розумію свої професійні цінності та переконання.
13	Я маю уявлення про свої можливості кар'єрного зростання як соціального працівника.
14	Я відчуваю задоволення від своєї професійної діяльності.
15	Я усвідомлюю свої сильні сторони як фахівця.

Порівняння середніх показників до та після участі в програмі

Показник	М (до)	М (після)	p
Впевненість у знаннях про профілактику ВІЛ	5.50	7.10	<.001
Розуміння догляду та підтримки ЛЖВ	5.80	5.70	0.974
Уміння пояснювати базову інформацію клієнту	5.60	5.70	0.621
Взаємодія з фахівцями у ВІЛ-сервісі	5.50	5.70	0.172
Роль соціального працівника у команді	5.40	5.70	0.097
Методи самопідтримки при стресі	5.90	6.00	0.363
Розпізнавання ознак вигорання	5.40	6.90	<.001
Внутрішні ресурси для емоційної рівноваги	5.20	4.90	0.948
Знання джерел підтримки при виснаженні	6.20	6.70	0.026
Справляння з емоційними викликами	5.90	5.80	0.704
Мотивація працювати у сфері ВІЛ	6.10	7.60	<.001
Усвідомлення професійних цінностей	5.30	5.20	0.637
Уявлення про кар'єрне зростання	4.80	5.00	0.222
Задоволення від професійної діяльності	6.00	6.00	0.500
Усвідомлення сильних сторін	5.60	5.50	0.637