Особистість, мотиваційна сфера майбутнього спеціаліста можуть формуватися лише в умовах повноцінного особистого спілкування його із досвідченим, висококваліфікованим і захопленим своєю професією викладачем, який уміє творчо мислити.

Ефективність навчального процесу залежить також і від багатьох інших чинників. Але незаперечним є те, що успіх у реалізації навіть найдосконаліших педагогічних систем та завдань залежить здебільшого від особистості викладача, його майстерності і моральних якостей. Вимоги сучасності ставлять перед вищим навчальним закладом, зокрема, перед педагогічним, завдання сформувати не тільки високоосвічену, але й здатну самостійно й творчо мислити, адаптуватися до умов існування особистість.

Це вимагає змін у діяльності викладача і, в першу чергу, потребує спрямування його взаємодії із студентами на користь процесів саморозвитку й самоорганізації. Розробляються нові та використовуються вже існуючі технології навчання, які адаптуються до конкретних умов та специфіки вузу. У зв'язку з цим розробляються й різні технології аналізу педагогічної діяльності, що стимулюють посилення самостійності студентів, збільшують мотивацію та стимулювання навчально-пізнавальної діяльності студентів; передбачають розвиток процесів саморегуляції спільної діяльності викладача та студентів і сприяють підвищенню якості навчального процесу в цілому.

Педагогічний процес знаходиться у постійному русі, постійно розвивається та вдосконалюється. Головним напрямком його розвитку є постійне підвищення активності, самостійності та свідомості студентів, збільшення в їх роботі процесу самовиховання, самоосвіти, елементів наукового дослідження.

Література

1. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М., 1984.
2. Психологія / За ред. Трофімова Ю.Л. – К.: Либідь, 1999.– 555с.
3. Слєпкань З.І. Наукові засади педагогічного процесу у вищій школі. – К.: Вища школа, 2005. – 236 с.

Голубенко Т.О.,
м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВІЛ-СНІДУ

У статті розглядається п'ять стадій ВІЛ/СНІДу як хвороби. Подається аналіз шляхів поширення епідемії з середини 90-х, обґрунтовується, що зараження вірусом здебільшого пов'язано із вживанням ін'єкційних наркотиків.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – це важке інфекційне захворювання з летальним наслідком. Нині ця хвороба стала однією з найбільш соціальних і медичних проблем у багатьох країнах світу. Провідним патогенетичним механізмом СНІД є ураження і руйнування імунної системи організму людини. Дія вірусу на імунну

систему комплексна і незворотна. ВІЛ – внутрішній паразит, самотня вірусна частка, інертна і не здібна розмножуватися або чинити якусь шкоду, доки не потрапить усередину клітини. Цим пояснюються особливості розвитку ВІЛ-інфекції.

Вперше СНІД як хвороба був описаний у 1978 році. Імовірним місцем походження є Африка. Подібний за властивостями вірус було знайдено у зелених мавп. Шлях першого проникнення в організм людини наразі невідомий.

Протягом двох років (починаючи з 1981 р.) було з'ясовано загальну картину хвороби, знайдено її збудника – ВІЛ (від англ., HIY – Human immunodeficity virus – вірус імунодефіциту людини), розроблено метод аналізу крові, за допомогою якого виявляють наявність інфекції, виявлено специфічні мішені вірусу в організмі. Встановлено, що цей вірус належить до групи ретровірусів, які подібно до інших клітинних паразитів прагнуть до співіснування з організмом-хазяїном.

Вперше ВІЛ ідентифікований у 1983 р. французькими вченими на чолі з Л. Монтеньє в Пастерівському інституті (Париж). У той же час про факт відкриття вірусу, котрий спричинює СНІД, повідомили американські вчені з Національного Інституту Здоров'я на чолі з Р. Галло. [5, 6]

Перші випадки захворювання на СНІД діагностовано 1981 р. у молодих гомосексуалістів США. Спочатку хвороба здавалася зовсім загадковою. У крові хворих виявили виснаження окремих лейкоцитів, так званих Т-лімфоцитів, а саме Т4-клітин, внаслідок чого хворі піддавалися дії патогенів, які легко подолала б здорова імунна система. Згідно з гіпотезою, що існувала на початку 80-х років, спроможність імунної системи хворого виконувати свої функції зменшується під впливом чужорідних білків, навіть білків сперми, які попадають в організм чоловіків під час гомосексуального статевого акту. Проте імовірнішим було, що цей незрозумілий синдром мав зв'язок з якимось новим інфекційним агентом. Р. Галло висловив думку про те, що таким агентом швидше всього міг би бути ретровірус.

Пізніше вчені встановили, що збудник СНІД, як і HTLV, може передаватися під час не тільки гомосексуального, а й гетеросексуального статевого акту зі спермою, а також з кров'ю. З іншого боку, М. Ессекс з Медичної школи Гарвардського університету показав, що ретровірус котів FeLV (від англ. Feline leukemia virus – вірус лейкозу котів) є збудником раку і значно пригнічує імунну систему.

У Франції, як тільки з'явилися перші повідомлення про таємничу хворобу, сформували групу вчених під керівництвом доктора Люка Монтеньє для її вивчення. Учені вирішили дослідити тканини хворого на лімфоаденопатію (тривале збільшення лімфатичних вузлів). Це один з ранніх симптомів хвороби, котра закінчується СНІД. У січні 1983 р. в лабораторію Л. Монтеньє доставили зразок збільшеного лімфатичного вузла молодого гомосексуаліста. Цей шматок тканини подрібнили і помістили в середовище для культивування. Через 2 тижня виявили активність зворотної транскриптази (ферменту вірусу). Перевірка нового агента на подібність з HTLV-I чи HTLV-II не дала бажаних наслідків. Але ці результати досліджень свідчили про можливість відкриття нового вірусу. Його назвали LAV (від англ. limphadenopathy-associated virus – вірус асоційований з лімфоаденопатією).

Виділений вірус розмножувався в окремих лімфоцитах (а саме в Т4-клітинах), убивав їх або пригнічував ділення цих клітин. [5, 6]

Розробили метод аналізу крові, за допомогою якого можна виявляти антитіла до LAV. Із тканин хворих гомосексуалістів та осіб, хворих на гемофілію (в більшості вихідців із Центральної Африки), виділили кілька варіантів LAV чи вірусів, подібних з LAV. Антитіла до LAV виявляли у більшості хворих на лімфоаденопатію, але лише в деяких обстежених був СНІД. У разі збільшення числа досліджень кількість хворих на СНІД, які дали реакцію на антитіла до LAV, збільшилася і в жовтні 1983 р. досягла 40 %. Тому вчені зробили висновок, що LAV є найімовірнішим збудником СНІД.

Наприкінці 1983 р. Р. Галло з колегами дослідив кілька ліній клітин, здібних підтримувати розмноження початкового агента, і досить швидко одержав реагенти для специфічного типування даного вірусу. За допомогою цих реагентів вдалося показати, що всі 48 вірусних препаратів, виділених від хворих на СНІД та осіб із груп ризику, відносяться до одного і того самого вірусу. Американські вчені назвали його HTLV-III. Це дало можливість розробити специфічний метод аналізу крові, за допомогою якого HTLV-ПІ виявлявся майже у всіх хворих на СНІД. Невдовзі було доведено, що LAV і HTLV -III є один і той самий вірус.

Щоб не було плутанини з двома назвами вірусу, вірус, який є причиною виникнення СНІД, назвали ВІЛ.

ВІЛ спричинює цілу низку розладів, які призводять до захворювання на СНІД. Виявлення інфекції на її ранніх стадіях (за кілька років до перших симптомів хвороби) може продовжити життя людини, запобігти випадкове зараження нею інших людей.

Сім'я Берк зі штату Пенсільванія майже нічим не відрізнялася від багатьох інших американських сімей. Однак батько сімейства Патрик був інфікований ВІЛ під час переливання крові і, не знаючи про це, заразив свою дружину Лорен під час статевих стосунків. Лорен у свою чергу під час вагітності чи годування груддю передала вірус сину Дуайту. Нині Патрик, Лорен і Дуайт уже померли від СНІД. У їхньої доньки Ніколь, яка народилася за декілька років до інфікування Патрика, вірусу не знайдено. [5, 6]

Цей приклад дозволяє зробити такий висновок:

– будь-яка людина незалежно від віку, статі, способу статевого життя може бути інфікована ВІЛ;

– на ранніх етапах хвороби, як правило, ніяких симптомів не буває;

– значна частина вже заражених людей можуть передавати вірус до того, як дізнаються, що вони інфіковані;

– кожен, хто підозрює, що мав контакт з ВІЛ будь-яким шляхом (не тільки статевим), повинен обов'язково звернутися у відповідні центри (кабінети довіри, регіональні центри з профілактики і боротьби зі СНІД) для обстеження на наявність у крові ВІЛ.

ВІЛ-інфекція – це хвороба, що розвивається у результаті довготривалої персистенції вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) у лімфоцитах, макрофагах та

клітинах нервової тканини і характеризується повільним прогресуванням дисфункції імунної системи. [5, 9]

Синдром набутого імунного дефіциту (СНІД) – кінцева стадія ВІЛ-інфекції, що перебігає з ураженням імунної та нервової систем і проявляється розвитком тяжких вірусних, бактеріальних, паразитарних уражень або злоякісних новоутворень, які спричинюють смерть хворого.

Існує три основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції:

– статевий;

– парентеральний: при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні контамінованого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора;

– перинатальний: від інфікованої матері до дитини під час вагітності та пологів (вертикальний), а також під час грудного вигодування від інфікованої матері до дитини (горизонтальний). Описано випадки зараження від інфікованої дитини матері-годувальниці.

Для успішного лікування хворих, заражених ВІЛ, необхідно розуміти весь хід інфекції. Науковці розробили декілька класифікацій, котрі дають підставу для спостереження за розвитком хвороби і допомагають розуміти, що діється в організмі хворої людини. В основі найпоширенішої класифікації лежить принцип розподілу хворих відповідно до стадій захворювання; показником переходу хвороби від стадії до стадії можуть бути кілька ознак порушення імунної системи.

Згідно з цією класифікацією захворювання у своєму розвитку проходить 6 стадій. Останньою, фінальною, є СНІД. Критерієм діагнозу "СНІД" служать опортуністичні інфекції (тобто інфекції, котрі не виникають, якщо здорова імунна система).

Початкова, нульова стадія – це контакт зі збудником за будь-якого шляху його передачі. Виділення такої стадії сприяє ранній діагностиці захворювання. Особи, котрі контактували з носіями вірусу, мають змогу перевірити свою кров на зараженість (наприклад, виявлення в ній антитіл до ВІЛ). Ще до перших проявів хвороби має значення попередити людину про можливе зараження і щоб вона не поширювала вірус далі. Як правило, зараження ВІЛ спочатку має безсимптомний перебіг і лише через 3-12 міс. вірус виявляють у крові за допомогою стандартних тестів. Нульову стадію СНІД включили до класифікації з метою підкреслити, що нині головним чинником, який призводить до інфікування ВІЛ, є контакт зі збудником, а не належність до тієї чи іншої групи ризику. [5, 6, 9]

Перша стадія захворювання настає тоді, коли у хворого за допомогою того чи іншого вірогідного методу виявляють ВІЛ (якщо немає ознак пізніших стадій). У більшості випадків на етапі, коли у хворого вперше встановлюють факт інфікування ВІЛ, симптоми захворювання ще відсутні. Однак у певної частини хворих спостерігають такі симптоми, як підвищення температури тіла, збільшення лімфатичних вузлів, інколи з'являються висипи протягом кількох тижнів, але вірус залишається в організмі, продовжує розмножуватися і повільно, але впевнено руйнує Т4-лімфоцити.

Друга стадія звичайно може тривати протягом 3-5 років, і навіть наприкінці неї стан хворого не порушується.

Третя стадія – стадія безсимптомного носійства. Ця стадія триває до тих пір, доки не з'являться прямі клітинні симптоми порушення імунітету (приблизно 18 міс. від моменту зараження).

Потім настає четверта стадія. Ознакою її служить відсутність реакції на 3 шкірні проби (а їх всього 4), за допомогою котрих оцінюють так звану гіперчутливість уповільненого типу, тобто здатність організму до клітинної імунної відповіді на введення визначених білків під шкіру.

Показником п'ятої стадії, крім показників клітинного імунітету, служить розвиток анергії (повної відсутності гіперчутливості) уповільненого типу. Через деякий час з'являється перший притаманний клітині симптом пригнічення імунітету – ураження грибками слизової оболонки ротової порожнини, що носить назву молочниці. Іноді це захворювання може виникнути і до розвитку анергії. Молочниця характеризується появою білих плям та виразок на слизових оболонках, у тому числі на слизовій оболонці вагіни. Крім молочниці часто розвиваються надзвичайно тяжкі, стійкі вірусні інфекції шкіри та слизових оболонок. Однією з них може бути хронічна інфекція, спричинена вірусом звичайного герпеса, котра часто виявляється у вигляді болісних виразок шкіри довкола рота, заднього проходу, на статевих органах. У деяких хворих спостерігають ураження слизових оболонок у вигляді волосяних білих клаптиків на язиці, яке носить назву бородавчатої лейкоплакії.

Через 1-2 роки після початку п'ятої стадії розвиваються хронічні дисеміновані опортуністичні інфекції, котрі уражають не тільки шкіру та слизові оболонки, а й більшість органів та систем організму. Ці ускладнення свідчать про глибоке пригнічення імунної системи і підтверджують перехід інфекції в шосту стадію захворювання – СНІД. [6, 9]

Аналіз розвитку інфекції ВІЛ від стадії до стадії, а не тільки, власне, СНІД, дав можливість скласти уявлення про те, що чим триваліший період охоплює спостереження, тим більший відсоток заражених, у котрих хвороба прогресувала і перейшла з однієї стадії в іншу. Суворою правдою є те, що без наукового вирішення проблеми ВІЛ у більшості, а, можливо, і у всіх заражених цим вірусом осіб, хвороба переходить у стадію СНІД зі смертельним кінцем.

Залишається загадкою, чому інфекція ВІЛ прогресує так повільно? Були випадки, коли від моменту зараження до смерті проходило не більше 2 років, але є приклади, коли смерть наставала через 10-12 років. Згідно з однією гіпотезою, це має зв'язок з особливостями самого вірусу. Можливо, наприклад, що ВІЛ розмножується повільно і спочатку не є надто небезпечним для клітин хазяїна, але в подальшому розмноженні стає активнішим і цитотоксичним, його дії посилюються. Інший домисел полягає в тому, що активність ВІЛ є високою протягом усього періоду інфікування, але його цитотоксичні дії деякий час стримуються імунною системою. Очевидно, чинники, що мають зв'язок безпосередньо з вірусом, грають певну роль, однак найважливіша роль належить, можливо, активності імунних механізмів.

Одним із аргументів на користь останнього припущення служить те, що, як було зазначено, проникнення ВІЛ в організм приводить у дію низку захисних механізмів.

Отже, спочатку організм реагує на зараження сильною імунною відповіддю. Ця реакція включає вироблення різноманітних антитіл (деякі з них нейтралізують вірус, інші не дають йому зв'язуватися з клітинами, ще інші стимулюють деякі клітини імунної системи до знищення заражених клітин хазяїна), а також пряму активізацію клітинного імунітету.

Таким чином, імунна система деякий час (можливо, тривалий) обмежує розмноження вірусу, але він, хоч і повільно, все ж таки поширюється в організмі. Ймовірність передачі вірусу, мабуть, висока на початку інфекції, доки імунна система ще його не "помітила", зокрема, до того як у крові можна виявити антитіла до ВІЛ. [8, 9]

В Україні перший випадок ВІЛ-інфекції було зареєстровано в 1987 році, а кількість хворих та померлих, і пов'язані з цим економічні збитки суспільства так різко зросли, що питання щодо соціально-економічних проблем ВІЛ/СНІД, є вкрай актуальним не лише для медичної галузі, а й для всієї держави в цілому.

ВІЛ/СНІД з'явився в Україні поодинокими випадками інфікування (30-40 за рік). Проте в 1995 році розпочався спалах хвороби в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, а від них через сексуальні контакти інфекція поширилася серед благополучних верств населення, що призвело до зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед вагітних жінок та донорів.

За цей час поодинокі випадки інфекції переросли в повномасштабну епідемію, коли щодня стали виявляти 20-22 нових випадків інфікувань, а 2-3 особи – помирати від СНІДу.

З 2002 року ми спостерігаємо нову хвилю епідемії, пов'язану зі статевим шляхом інфікування, тобто епідемія вийшла за межі вразливої групи споживачів ін'єкційних наркотиків і почала поширюватися серед благополучних верств населення. Все це призвело до розвитку повномасштабної епідемії, початком якої вважається 1995 рік.

Швидкість поширення ВІЛ-інфекції в Україні набуває загрозливих масштабів. На жаль, ані в суспільній свідомості, ані на державному рівні немає розуміння реальної загрози здоров'ю нації, яку несе поширення цього смертельного вірусу.

Аналіз шляхів поширення епідемії доводить, що, починаючи з середини 90-х, зараження вірусом здебільшого пов'язано із вживанням ін'єкційних наркотиків. Проте абсолютно помилковим було б стверджувати, що загроза стосується лише тих, хто вживає наркотики. Навпаки, дані останніх років переконливо доводять, що кількість нових випадків зараження зростає серед населення України. Так, збільшується кількість випадків передачі захворювання від матері до дитини, зростає число інфікованих статевих партнерів ін'єкційних споживачів наркотиків. Репресивні методи боротьби з наркоманією виявилися безсилими.

Необхідність шукати нові шляхи захисту суспільства змушує змінювати державну політику боротьби з поширенням ВІЛ/СНІДу в Україні і, відповідно, переглядати ставлення як до наркозалежних громадян, так і до профілактичної роботи взагалі. Без розуміння того, що наркоманії неможливо повністю позбутися, але можна

мінімізувати ту шкоду, яку це явище приносить суспільству в цілому, без широкої профілактичної роботи серед громадськості неможливо зупинити розростання епідемії СНІДу.

Отже, СНІД виходить за межі медичної проблеми. Причина його поширення лежить у площині соціальній, це хвороба, спричинена зміною поведінки. Наслідки СНІД – це вже основоположна проблема розвитку суспільства, його безпеки та стабільності.

Вітчизняний та міжнародний досвід свідчить про те, що ми вже маємо інструменти для подолання загрози епідемії. Насамперед, це профілактичні програми, спрямовані на зміну ризикованої поведінки молоді, осіб з уразливих груп. Доведена економічна ефективність таких профілактичних програм. Наприклад, вартість попередження одного випадку інфікування ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків становить приблизно 1030 гривень. Вартість лікування одного хворого на ВІЛ орієнтовно, за даними ВООЗ, становить близько 7900 гривень на рік за умови мінімальної закупівельної ціни препаратів. Отже, доцільність профілактичних заходів очевидна. [8, 9]

Соціологічні дослідження, проведені в різних регіонах України, показали, що профілактичні програми серед споживачів наркотиків, працівників секс-бізнесу позитивно спрацьовують, допомагають цим людям змінити ризиковану поведінку на безпечну, уникнути зараження себе і своїх партнерів. Такі програми надають доступ особам з уразливих груп до інформації, медичних, соціальних та інших послуг. Вони залучають уражених та людей із вразливих груп до суспільно-активного життя, передусім до розробки та впровадження програм, поважаючи їх особистий досвід та стурбованість за долю інфікованих людей.

Маючи такий дієвий інструмент, як профілактичні програми, ми вже сьогодні повинні значно збільшити масштаби заходів, максимально розширити відповідь на епідемію, поки ще не запізно. Зменшити поширеність ВІЛ можна при охопленні профілактичними програмами більш як 60 відсотків представників уразливих груп, нині цей показник сягає 20 відсотків.

Наше суспільство виявилося твердошкірим до потреб людей з уразливих груп та тих, які живуть із ВІЛ/СНІД. Їх бояться, від них відвертаються. Час змінити таке ставлення, оскільки осуд, страх, дискримінація – це теж фактори, що сприяють поширенню ВІЛ.

Україна отримала шанс зробити рішучий крок у наступі на епідемію, це залучення додаткових ресурсів Глобального фонду та Світового банку для подолання епідемії в Україні. Уперше розпочинається лікування не просто кількох десятків людей, а відразу двох тисяч. Крок не тільки важливий, а й відповідальний, оскільки Україна першою у Східній Європі взяла на себе сміливість здійснити таку програму. Для цього відпрацьовано національний план лікування, який передбачає лікування не саме по собі, а в комплексі з доглядом, підтримкою хворих з боку соціальних працівників, волонтерів, людей із ВІЛ/СНІД.

До суто медичної проблеми лікування хворих додається компонент соціально-психологічної роботи, покладений на соціальні служби для молоді та громадськість. Виконання цього заходу здійснюється мережею лікувально-профілактичних закладів –

центрів профілактики СНІД, які проводять профілактичні заходи та надають медичну допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію, ведуть моніторинг за поширенням ВІЛ у регіоні. Сьогодні центри, а їх в Україні 35, підготовлені до впровадження сучасної терапії СНІД, проводять навчання лікарів та медичних сестер. Представники громадських організацій також вчаться формувати у хворих прихильність до режиму антиретровірусної терапії, доглядати за хворими та підтримувати їх у домашніх умовах.

Центри профілактики СНІД стали осередками профілактичної роботи серед населення та медичної допомоги всім хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Проблема в тому, що на сьогодні їхня діяльність не завжди знаходить підтримку місцевої влади, частина з них не мають достатньої матеріально-технічної бази, а обладнання багатьох лабораторій застаріле.

За кошти Глобального фонду та Світового банку планується зміцнити лабораторно-діагностичну базу центрів, поновити застаріле обладнання, але це не знімає відповідальності з місцевих адміністрацій за забезпечення лікування опортуністичних інфекцій, розширення кадрової структури центрів із залученням таких спеціалістів, як епідеміологи, соціологи, юристи, забезпечення діяльності "кабінетів довіри", де можна пройти анонімне тестування та консультування. [8, 9]

Нині в усьому світі визнано, що ефективним інструментом у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД є моніторинг і оцінка як невід'ємна складова національної відповіді на епідемію. Тільки скоординована Міжвідомча система моніторингу і оцінки спроможна забезпечити найбільш ефективне та раціональне використання ресурсів. Система моніторингу й оцінки дає змогу оцінити, якою мірою програма профілактики здійснює вплив на розвиток епідемії. Для України це нова справа, вона потребує уваги і підтримки держави щодо створення певної інфраструктури та розвитку її потенціалу.

Підбиваючи підсумки, слід зазначити, що Україна стоїть на порозі нового етапу глобальної боротьби з ВІЛ/СНІД, адже провідна роль міжсекторального підходу, узгодження дій державних органів, міжнародна фінансова підтримка надають можливість виконати одну з основних цілей Декларації тисячоліття – до 2015 року зупинити поширення ВІЛ/СНІД в нашій країні. Розв'язання цих проблем можливе лише на основі плідної співпраці державних та недержавних організацій, які працюють у цій сфері.

Література

1. Закон України "Про запобігання захворювання на ВІЛ/СНІД та соціальний захист населення" від 18.12.1998.
2. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.05.2008р N728-р "Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки".
3. Аряєв М.Л., Котова Н.В. та ін. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією. – К., 2003. – 166 с.
4. Балакірєва О.М., Жилка Н.Я., Карпенко О.І. та інш. Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.
5. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: клиника, диагностика и лечение / Под общей редакцией В.В. Покровского. – Москва, 2000.
6. Кобець І.І., Кобища Ю.В., Папушина Т.В. Про СНІД. – К.: Здоров'я, 1994. – 24 с.

7. Організація діяльності консультативних пунктів “Довіра” центрами соціальних служб для молоді (методичний посібник) / За ред. Лазоренко Б.П., Пінчук І.М. – К.: ДЦ ССМ, 2003. – 138 с.
8. Профілактика ВІЛ/СНІД в учнівському та молодіжному середовищі / За ред. І.Ф. Ільїнської, Б.П. Лазоренка. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 204 с.
9. Семигіна Т., Банас О., Венедиктова Н. та інш. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом. К.: Вид. дім “Києво-Могилянська акад..”, 2007. – 620 с.

Полуда В.В.,
м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ СФЕРИ ОБСЛУГОВУВАННЯ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В статье освещены профессионально-важные качества специалиста гостиничного бизнеса, их роль в обеспечении качественных услуг. Акцентировано внимание на необходимости использования игровых занятий в развитии творческих способностей будущего специалиста, отображения реальных условий деятельности относительно профессионального успеха личности на рынке труда.

Основною особливістю професійної діяльності фахівця готельного господарства є безпосередня взаємодія працівників із споживачами послуг.

Уміння спілкуватися, контактувати, попереджувати можливі конфліктні ситуації, домагатися взаємопорозуміння із колегами в процесі виконання професійних функцій є найважливішою умовою високої ефективності фахівців готельної справи.

Формування відповідної системи професійних знань, умінь і навичок майбутнього фахівця готельної справи є головною метою його практичної підготовки.

Наш досвід свідчить, що професійна підготовка фахівця готельних послуг має забезпечувати, перш за все, здатність до творчого розв’язання можливих проблемних ситуацій, розв’язання та упередження можливих конфліктних ситуацій щодо міжособистісних контактів з гостем готелю.

Все це потребує дотримання відповідної професійної етики.

Отже, об’єктом дослідження є процес професійної підготовки фахівців готельної справи.

Предметом даного дослідження є форми і методи розвитку професійно важливих особистісних характеристик майбутнього фахівця готельної справи.

Мета дослідження – визначення форм навчально-виховної роботи щодо розвитку професійно важливих характеристик фахівця.

На нашу думку, досить ефективною формою навчально-виховної роботи зі студентами у формуванні потрібного рівня особистісної компетентності є системне ознайомлення із етичними нормами і правилами у готельному бізнесі.

Задля цього ми розробляємо карту засадових етичних правил та норм, яка виглядає наступним чином.

Працівники готелю зобов'язані уникати ситуацій, які сприяють (або спричиняють) конфлікту інтересів чи створюють враження занедбання у