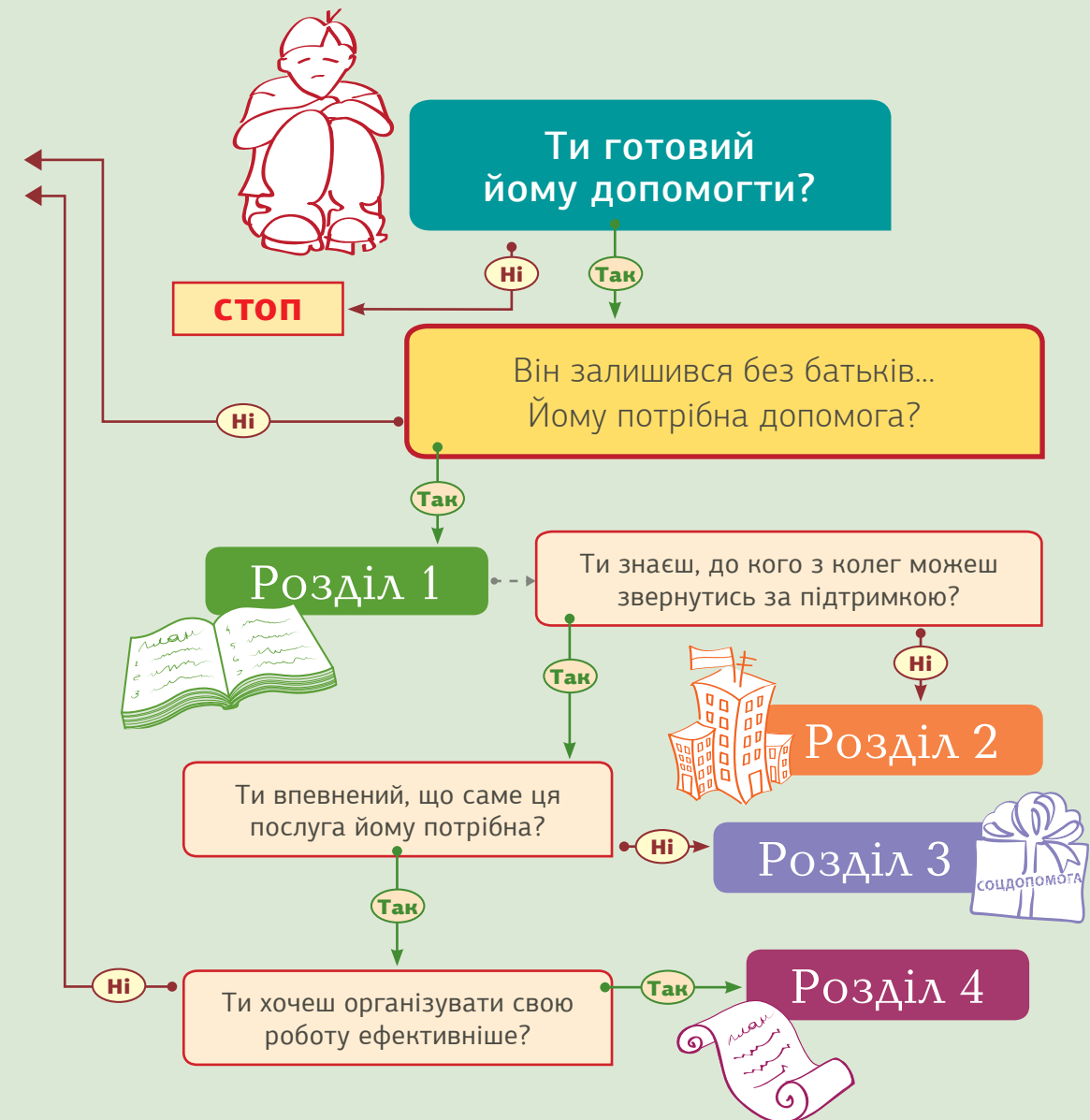
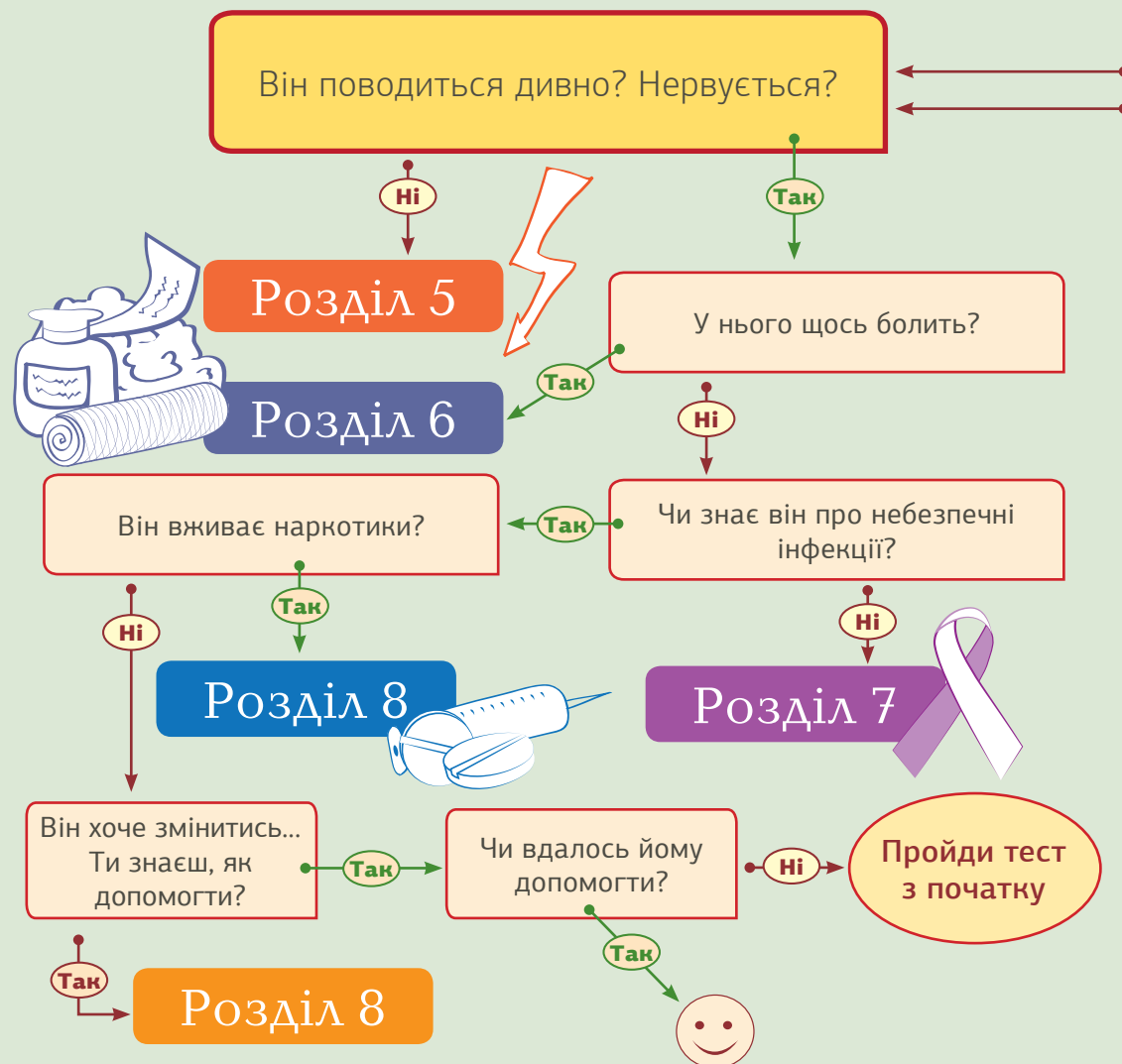


Організація соціальної роботи з дітьми та молоддю, які опинились у складних життєвих обставинах

Організація соціальної роботи з дітьми та молоддю, які опинились у складних життєвих обставинах



AFEW не несе відповідальності за точність і повноту навчальних матеріалів, а також за будь-які дії, зроблені внаслідок їх публікації. *AFEW* не несе юридичної і іншої відповідальності за можливі наслідки використання опублікованої інформації третіми особами.

Відтворення, передача, розповсюдження або дублювання будь-якої частини матеріалів, що містяться у публікації, допускається за умови їх некомерційного використання надалі. Посилання на «СНІД Фонд Схід-Захід» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*) обов'язкове.

© «СНІД Фонд Схід-Захід» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*), 2011 р.

Усі права захищені.

Підготовлено у рамках проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу та пропаганда здорового способу життя серед дітей вулиці», а також у співпраці з Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та БФ «Дитяча Надія».

Проект реалізується за фінансової підтримки Голландського СНІД Фонду (**AIDS Fonds (the Netherlands)**) та Датського СНІД Фонду (**Danish AIDS-Fondet**).



Контактна інформація:

«СНІД Фонд Схід-Захід» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*)

вул. Саксаганського, 30, оф. 9

01033 Київ, Україна,

Тел/факс: + 38 (044) 287-20-26, 289-27-34

Ел. пошта: info@afew.org

Веб сайт: www.afew.org

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

вул. Довженка 2, Київ, Україна,

Тел/факс: + 38 (044) 458-27-67

Веб сайт: www.ssm.kiev.ua

Центр екстреної допомоги дітям

вул. Новодарницька 26, Київ, Україна

Тел/факс: + 38 (044) 566-15-48

Ел. Пошта: child-hope@mail.ru

© «СНІД Фонд Схід-Захід» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*), 2011 р.

Розповсюджується безкоштовно

Організація соціальної роботи з дітьми та молоддю, які опинились у СЖО

Практичний посібник для спеціалістів
соціальної сфери

Організація соціальної роботи з дітьми та молоддю, які опинились у СЖО. Практичний посібник для спеціалістів соціальної сфери. // Авт. кол.: С.С. Валько, Л.С. Лоріашвілі, М.С. Лоріашвілі, А.І. Павловський, Ю.А. Саранков, Я.М. Туреханов, Ю.М. Удовенко. — К.: ХХ, 2011. — 304 с.

Авторський колектив:

Валько С.С. — старший тренер, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід» (Київ, Україна).

Лоріашвілі Л.С. — головний спеціаліст відділу соціального інспектування та соціальної роботи з сім'ями, Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Лоріашвілі М.С. — медичний працівник, Київська міська лікарня №12.

Павловський А.І. — керівник соціально-педагогічного підрозділу, Центр Діагностики та Консультування РОСТ (Москва, Росія).

Саранков Ю.А. — експерт з питань ВІЛ (Київ, Україна).

Туреханов Я.М. — МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід» (Алмати, Казахстан).

Удовенко Ю.М. — заступник начальника відділу опіки, піклування, усиновлення та інших форм виховання, кандидат психологічних наук, ССД виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО

РОЗДІЛ 1. Соціально-правовий статус дітей.

- 1.1. Визначення термінів.
- 1.2. Набуття дитиною статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.
- 1.3. Нормативне визначення статусу дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування.
- 1.4. Влаштування дітей-сиріт, дітей, які залишилися без батьківського піклування, та дітей, позбавлених батьківського піклування.

РОЗДІЛ 2. Державні організації, заклади, установи. Зміст діяльності. Права.

- 2.1. Органи і ССД та спеціальні установи, які здійснюють соціальний захист і профілактику правопорушень серед дітей. ССД.
- 2.2. Кримінальна міліція у справах дітей.
- 2.3. Суди.
- 2.4. Приймальники-розподільники для дітей.
- 2.5. Загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації.
- 2.6. Центри медико-соціальної реабілітації дітей.
- 2.7. Притулки для дітей ССД.
- 2.8. Центри соціально-психологічної реабілітації дітей.
- 2.9. Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка).
- 2.10. Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.
- 2.11. Управління та відділи у справах сім'ї та молоді.
- 2.12. Заклади охорони здоров'я та медичного забезпечення.
- 2.13. Освіта.

РОЗДІЛ 3. Соціальні послуги, які можуть надаватися дітям, сім'ям та особам, які опинились у СЖО (СЖО).

- 3.1. Визначення термінів.
- 3.2. Зміст та умови отримання соціальних послуг.
- 3.3. Форми та види надання соціальних послуг дітям та сім'ям:
 - Соціальне інспектування.
 - Соціальний супровід.

РОЗДІЛ 4. Організаційно-адміністративні аспекти діяльності Центрів, що надають послуги дітям та сім'ям, які опинились у СЖО (СЖО).

- 4.1. Порядок роботи спеціалістів та волонтерів Центру.
- 4.2. Модуль проведення соціальної роботи з вирішення проблеми клієнта.

- 4.3. Стандарти здійснення соціальної роботи.
- 4.4. Організація роботи за зверненням клієнта.
- 4.6. Взаємодія зі спеціалізованим формуванням «Мобільний консультаційний пункт».
- 4.7. Орієнтовні функціональні обов'язки працівників.

РОЗДІЛ 5. Особливості психічного розвитку дітей, які опинились у СЖО (СЖО).

- 5.1. Вплив СЖО у сім'ї на процес формування особистості дитини.
 - Види насильства та його індикатори.
- 5.2. Негативні поведінкові особливості дитини як наслідок впливу СЖО.
 - Девіантна поведінка. Коротка психологічна характеристика основних видів девіантної поведінки.
 - Агресивна поведінка.
 - Делінквентна поведінка.
 - Залежна (адиктивна) поведінка. Феномен співзалежності.
 - Суїцидальна поведінка. Вікові особливості суїцидальної поведінки.
- 5.3. Акцентуації характеру.
- 5.4. Сфери розвитку дитини відповідно до вікових груп. Вплив жорстокого ставлення до дітей на їх розвиток.
- 5.5. Соціальна робота з дітьми, які переживають втрату.
- 5.6. Специфіка соціально-психологічної роботи з дітьми, які опинились у СЖО.

РОЗДІЛ 6. Надання першої допомоги при невідкладних станах.

- 6.1. Принципи надання першої допомоги.
- 6.2. Патологія органів дихання.
- 6.3. Кровотечі.
- 6.4. Травми.
- 6.5. Болі.
- 6.6. Розлади шлунково-кишкового тракту.
- 6.7. Зміни шкірних покривів і слизових оболонок.
- 6.8. Передозування наркотичними речовинами.
- 6.9. Аптечка: вміст, призначення основних препаратів.

РОЗДІЛ 7. Соціально-небезпечні інфекції: шляхи передачі, профілактика, лікування.

- 7.1. ВІЛ-інфекція.
- 7.2. Туберкульоз.
- 7.3. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).
- 7.4. Вірусні гепатити.

РОЗДІЛ 8. Зловживання психоактивними речовинами (ПАР).

- 8.1. Наркотики і наркотична залежність: основні поняття.
- 8.2. Вияви інтоксикації в результаті вживання різних ПАР.
- 8.3. Негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я людини.
- 8.4. Консультування дітей і підлітків із залежністю від ПАР.
 - Основні аспекти консультування.
 - Особливості консультування дітей і підлітків із залежністю (правила безпеки консультанта).
 - Зменшення шкоди від вживання наркотиків.

РОЗДІЛ 9. Профілактика і корекція ризикованої поведінки

- 9.1. Принципи профілактичних програм.
- 9.2. Підходи до профілактики (програми універсальної, селективної та показаної профілактики).
- 9.3. Фактори ризику і фактори захисту при розвитку поведінкових розладів.
- 9.4. Основні цільові групи селективної профілактики серед дітей і молоді.
- 9.5. Рівні профілактики і форми профілактичної роботи.
- 9.6. Загальні принципи профілактики ВІЛ/СНІДу серед дітей і підлітків.
- 9.7. Психокорекційна робота з дітьми і підлітками — споживачами ПАР.

Додаток №1. Інструкція для спеціалістів соціальної роботи, волонтерів щодо проведення вуличної соціальної роботи в територіальній громаді м. Києва.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА АБРЕВІАТУР

AFEW	СНІД Фонд Схід-Захід (<i>AIDS Foundation East-West – AFEW</i>)
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДБСТ	Дитячий будинок сімейного типу
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КМСД	Кримінальна міліція у справах дітей
МКП	Мобільний консультаційний пункт
ПАР	Психоактивні речовини
СЖО	Складні життєві обставини
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ССД	ССД
ЦСССДМ	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
8 КМЦСССДМ	Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
АРВ-терапія	Антиретровірусна терапія
ВГС	Вірус гепатиту С
ВГВ	Вірус гепатиту В
ВГА	Вірус гепатиту А
СІА	Споживачі ін'єкційних наркотиків
ЦГ	Цільова група
РП	Реабілітаційний потенціал
РЦ	Реабілітаційний центр
РС	Реабілітаційне середовище
АГ	Аутогенне тренування

ВСТУПНЕ СЛОВО

Шановні колеги!

Ідея цього видання зародилась не спонтанно. Працюючи багато років з дітьми, які опинились у СЖО, намагаючись організувати для них ефективний сервіс, обираючи моделі надання їм допомоги, ми зіткнулись з рядом проблемних питань, які намагались вирішити різними шляхами. Соціально вразливі діти й молоді люди — специфічна, складна і неоднорідна група, яка потребує від соціальних працівників високого рівня володіння професійними методами та техніками роботи, а також глибокого розуміння їх потреб. Тому з метою надання їм ефективної допомоги важливо бути «універсальним солдатом»: соціальному працівникові доводиться працювати з усією родиною, вирішувати юридичні питання, розумітись у наркології, профілактиці соціально-небезпечних інфекцій, володіти навичками надання першої домедичної допомоги тощо. Саме тому професіоналами стають ті соціальні працівники, які розвиваються мультидисциплінарно.

Отже, перед Вами посібник для фахівців соціальної сфери, які працюють з дітьми та молоддю. Розроблений він в рамках проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу та пропаганда здорового способу життя серед дітей вулиці», що реалізується в Україні «СНІД Фондом Схід-Захід» спільно з Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та БФ «Дитяча Надія» з 2008 р. Мета цього видання — ознайомити фахівців соціальної сфери зі спектром наявних соціальних послуг та найбільш ефективними техніками роботи з дітьми та молоддю.

Посібник розраховано як на фахівців соціальної сфери, так і на волонтерів та рівних консультантів, які працюють з даною цільовою групою. У ньому узагальнюються методи та принципи соціальних послуг для дітей та молодих людей в Україні, а також важливі аспекти роботи з надання таких послуг при взаємодії з державними та недержавними організаціями. Крім того, посібник містить інформацію про організацію роботи з дітьми та молоддю, про визначення соціального статусу дітей у державі, а також перелік та зміст державних соціальних послуг. Завдяки цьому виданню також можна детально ознайомитись з проблемами профілактики соціально-небезпечних інфекцій, вживання психоактивних речовин та особливостями ризикованої поведінки, надання першої домедичної допомоги. Ми віримо, що така інформація буде корисною кожному соціальному працівникові, який безпосередньо працює з дітьми та молодими людьми, які опинились у СЖО.

Сподіваємось, що цей посібник сприятиме наданню більш якісних послуг дітям та молоді на шляху поліпшення якості їхнього життя. Бажаємо читачам не лише знайти відповіді на власні питання, але і отримувати задоволення від ефективної реалізації власних професійних знань та навичок!

*Світлана Валько,
старший тренер «СНІД Фонду Схід-Захід»*

РОЗДІЛ 1

Соціально-правовий статус дітей

- 1.1. Визначення термінів.
- 1.2. Набуття дитиною статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.
- 1.3. Нормативне визначення статусу дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування.
- 1.4. Влаштування дітей-сиріт, дітей, які залишились без батьківського піклування, та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Соціально-правовий статус дітей

1.1. Визначення термінів

З метою більш повного надання соціальних послуг дітям та представлення їх інтересів необхідно орієнтуватися в законодавчо визначених термінах щодо статусу дітей, батьків та сімей:

дитина — особа віком до 18 років (до повноліття), якщо згідно з чинним законодавством вона не набуває прав повнолітньої раніше (у зв'язку зі шлюбом, народженням дитини);

дитина-сирота — дитина, в якій померли чи загинули батьки, законодавчо відсутнє визначення «дитина-напівсирота»;

діти, позбавлені батьківського піклування — діти, які залишилися без піклування батьків у зв'язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням їх померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на період слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки, а також підкинуті діти, батьки яких невідомі, діти, від яких відмовилися батьки, та безпритульні діти (див. підрозділ 1.3.);

дитина-інвалід — дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту;

дитина-біженець — дитина, яка не є громадянином України і внаслідок обґрунтованих побоювань стати жертвою переслідувань за ознаками раси, віросповідання, національності, громадянства (підданства), приналежності до певної соціальної групи або політичних переконань перебуває за межами країни своєї громадянської належності та не може користуватися захистом цієї країни або не бажає користуватися цим захистом внаслідок таких побоювань або, не маючи громадянства (підданства) і перебуваючи за межами країни свого попереднього постійного проживання, не може чи не бажає повернутися до неї внаслідок зазначених побоювань;

сім'я — складається з осіб, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права й обов'язки, зокрема обов'язки батьків щодо дітей. Сім'я як отримувач соціальних послуг є об'єктом і суб'єктом соціальної роботи;

неповна сім'я — сім'я, що складається з матері або батька та дитини (дітей);

багатодітна сім'я — сім'я, що складається з батьків (або одного з батьків) і трьох та більше дітей;

прийомна сім'я — сім'я, яка добровільно взяла із закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, від 1 до 4 дітей на виховання та спільне проживання;

прийомні діти — діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування, влаштовані до прийомної сім'ї;

прийомні батьки — подружжя або окрема особа, яка не перебуває у шлюбі, які взяли на виховання та для спільного проживання дітей-сиріт та/або дітей, позбавлених батьківського піклування;

дитячий будинок сімейного типу — окрема сім'я, яка створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менше п'ятьох дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;

діти-вихованці — діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, влаштовані до дитячого будинку сімейного типу;

батьки-вихователі — подружжя або окрема особа, яка не перебуває у шлюбі, які взяли на виховання та для спільного проживання не менше п'ятьох дітей-сиріт та/або дітей, позбавлених батьківського піклування, та яким за рішенням органів опіки та піклування надано статус батьків-вихователів;

усиновлення — прийняття усиновлювачем у свою сім'ю дитини на правах дочки чи сина, що здійснене на підставі рішення суду. Усиновлення дитини здійснюється в її інтересах з метою забезпечення стабільних та гармонійних умов її життя;

встановлення опіки та піклування — влаштування дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, у сім'ї громадян України, які перебувають переважно у сімейних, родинних відносинах з цими дітьми-сиротами або дітьми, позбавленими батьківського піклування, з метою забезпечення їх виховання, освіти, розвитку і захисту їхніх прав та інтересів;

складні життєві обставини — обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самотійно: інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо;

бездомна людина — людина, яка перебуває у соціальному становищі бездомності;

бездомність — соціальне становище людини, зумовлене відсутністю в неї жилого приміщення (будинку, квартири, кімнати тощо), яке б вона могла використовувати для проживання/перебування і в якому могла бути зареєстрованою;

безпритульний — людина, яка перебуває у стані безпритульності;

безпритульні діти — діти, які були вимушені залишити або самі залишили сім'ю чи дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця

проживання;

безпритульність — стан людини, пов'язаний з неможливістю фактично проживати/перебувати в жилому приміщенні, на яке вона має право;

заклади для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування — медичні, навчальні, виховні заклади, заклади та установи праці та соціального захисту населення, в яких проживають діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування;

випускники закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування — особи, які перебували на повному державному забезпеченні у закладі для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, і завершили своє перебування у зазначеному закладі у зв'язку із закінченням навчання;

місце походження дитини-сироти і дитини, позбавленої батьківського піклування — місце проживання або перебування її біологічних батьків на момент їх смерті або виникнення обставин, що призвели до позбавлення дитини батьківського піклування. У випадку, якщо батьки та місце їх постійного проживання невідомі, місцем походження дитини є населений пункт, де дитину знайшли, або місце розташування медичного закладу, де дитину залишили;

місце проживання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування — місцезнаходження закладу для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, жила приміщення дитячого будинку сімейного типу, прийомної сім'ї, опікунів або піклувальників, житло, в якому дитина проживає, інше житло;

державні соціальні стандарти для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування — встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами мінімальні норми і нормативи забезпечення дітей-сиріт, дітей, які залишилися без батьківського піклування;

державне утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування — повне забезпечення відповідно до державних соціальних стандартів матеріальними та грошовими ресурсами дитини для задоволення її життєво необхідних потреб та створення умов для нормальної життєдіяльності;

соціальний супровід — діяльність, спрямована на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу;

профілактика бездомності і безпритульності — система заходів, спрямованих на усунення правових, соціальних та інших причин виникнення бездомності та безпритульності, запобігання їм, зокрема заходів щодо зниження ризику втрати людьми прав на житлові приміщення і запобігання втраті цих прав, а також на попередження виникнення негативних суспільних наслідків, пов'язаних з відсутністю житла;

соціальне патрулювання — мобільна форма надання соціальних послуг, що здійснюється групою фахівців поза межами закладів для бездомних та безпритульних;

реінтеграція бездомних громадян і безпритульних дітей — система за-

ходів, спрямована на повернення бездомних громадян та безпритульних дітей до самостійного, повноцінного життя;

заклади для бездомних громадян і безпритульних дітей — соціальні заклади, діяльність яких спрямована на допомогу бездомним громадянам і безпритульним дітям, їх підтримку та реінтеграцію;

переважне місцезнаходження бездомного і безпритульного — адміністративно-територіальна одиниця, на території якої особа проживає;

статус дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування — визначене відповідно до законодавства становище дитини, яке надає їй право на повне державне забезпечення і отримання пільг та яке підтверджується комплектом документів, що засвідчують обставини, через які дитина позбавлена батьківського піклування. Надалі ми будемо використовувати словосполучення «дитина, яка залишилась без батьківського піклування», хоча нормативного визначення цього терміну не має. Під ним необхідно розуміти, що це дитина, яка з будь-яких причин залишилась без батьківського піклування, тобто батьки зникли, залишили дитину на самоті в будинку, в лікарні, у інших осіб, у життєво небезпечних умовах тощо. Це не є визначеним соціальним статусом, однак залишення дитини без піклування батьками або особами, що їх замінюють, є однією з підстав щодо початку процесу позбавлення їх батьківських прав;

соціальне житло — жила площа, яка надається за нормами державних соціальних стандартів відповідно до законодавства за рахунок державного та/або комунального житлового фонду.

1.2. Набуття дитиною статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування

Статус сироти дитина набуває у випадку смерті або загибелі обох батьків. Цей статус підтверджується свідоцтвами про смерть батьків, які оформлюють особи з близького оточення сім'ї, а за їх відсутності — представники органу влади.

Дитина, що опинилася в соціально несприятливих умовах, передусім стає об'єктом пильної уваги з боку вчителів, вихователів та медичних працівників, які повинні повідомити про несприятливі умови проживання дитини або нехтування її потребами, про порушення її прав спеціалістам ССД (ССД) або Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ). Також про таку ситуацію може повідомити будь-яка особа, якій про це стало відомо.

До соціально несприятливих умов належать:

- відсутність відповідної турботи та піклування про дитину;
- нехтування потребами дитини;
- вживання батьками або особами, які їх замінюють, алко- та наркоречовин;
- зневажливе ставлення батьків або осіб, які їх замінюють;

- будь-яке насильство щодо дитини або членів родини один до одного;
- антисанітарія житлового приміщення;
- небезпечні умови проживання дитини;
- порушення будь-яких прав дитини;
- розлади стану здоров'я (як фізичного, так і психічного) батьків або осіб, які їх замінюють, якщо це заважає їм адекватно та в повному обсязі турбуватися про дитину без сторонньої допомоги.

Спеціалісти ЦСССДМ та ССД повинні здійснити соціальне інспектування з метою з'ясування та оцінки життєвої ситуації в сім'ї. Сім'ї, які потребують сторонньої допомоги для вирішення складних життєвих ситуацій, мають змогу отримати безкоштовні комплексні послуги в ЦСССДМ.

Для здійснення соціального інспектування можуть залучатися також представники міліції, освіти, медицини, управління у справах сім'ї та молоді, громадських та благодійних організацій, церковних громад тощо.

Особи, яким стало відомо про факт залишення дитини без батьківського піклування, зобов'язані негайно повідомити про це ССД за місцем виявлення дитини.

ССД або виконавчий орган сільської, селищної ради, до яких надійшло повідомлення про дитину, яка залишилась без батьківського піклування, повинні з'ясувати місцезнаходження дитини, її вік, відомості про батьків або осіб, які їх замінюють, обставини, за яких дитина залишилась без батьківського піклування, прізвище, ім'я, по батькові та адресу особи, від якої надійшло повідомлення, та отримати іншу інформацію, що має істотне значення.

Сільський, селищний голова або інша уповноважена особа виконавчого органу сільської, селищної ради протягом доби після надходження інформації про дитину, яка залишилась без батьківського піклування, передає її ССД.

Усі повідомлення про дітей, залишених без батьківського піклування, ССД реєструє в журналі обліку повідомлень про дітей, які залишились без батьківського піклування.

ССД (у випадку, коли дитина виявлена на території села, селища — виконавчий орган сільської, селищної ради) разом з працівниками органів внутрішніх справ та охорони здоров'я протягом доби після надходження повідомлення про дитину, яка залишилась без батьківського піклування, проводять обстеження умов її перебування, стану здоров'я та з'ясовують обставини, за яких дитина залишилась без батьківського піклування.

За результатами обстеження умов перебування дитини складається акт, в якому зазначається дата, місце проведення обстеження, відомості про дитину, її батьків, інших осіб, з якими вона проживає, умови утримання дитини та стан її здоров'я, за яких обставин та з яких причин дитина залишилась без батьківського піклування, а також зазначаються заходи, що були вжиті для захисту прав дитини.

Обстеження умов перебування не проводиться у випадку, коли дитина перебуває у закладі охорони здоров'я, притулку для дітей ССД, центрі соціально-психологічної реабілітації дітей.

За умови, коли дитина покинута в пологовому будинку, іншому закладі

охорони здоров'я або її відмовилися забрати батьки чи інші родичі, підкинута чи знайдена, складається акт про покинуту дитину (форма затверджена МОЗ і МВС).

Якщо виникла безпосередня загроза життю або здоров'ю дитини, орган опіки та піклування, якому стало відомо про це, приймає рішення про негайне відібрання дитини у батьків або осіб, які їх замінюють. Інформацію до органу опіки та піклування подає ССД, ЦСССДМ за результатами соціального інспектування та проведеного оцінювання ситуації.

Для прийняття рішення про негайне відібрання дитини у батьків ССД подає голові районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради відповідне клопотання. Після надходження клопотання протягом однієї доби розглядається порушене питання та приймається відповідне рішення.

На підставі рішення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради ССД разом з кримінальною міліцією у справах дітей, представниками закладу охорони здоров'я застосовують заходи щодо відібрання дитини у батьків та передають її іншим родичам або тимчасово влаштовують.

Якщо надійшла інформація про загрозу життю або здоров'ю дитини, яка проживає на території сільської, селищної ради, виконавчий орган сільської, селищної ради протягом однієї доби приймає рішення про негайне відібрання дитини у батьків, забезпечує її тимчасове влаштування та у день відібрання дитини письмово повідомляє про це ССД.

17

Про відібрання дитини у батьків орган опіки та піклування того ж дня письмово інформує прокуратуру за місцем проживання дитини та у 7-денний строк після прийняття рішення звертається до суду з позовом про позбавлення батьків чи одного з них батьківських прав або відібрання дитини у матері, батька без позбавлення батьківських прав.

ССД за участю інших структурних підрозділів районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті, сільської, селищної ради здійснює підготовку документів для звернення органу опіки та піклування до суду про позбавлення батьків чи одного з них батьківських прав або відібрання дитини у матері, батька без позбавлення їх батьківських прав.

Якщо протягом року після прийняття судом рішення про відібрання дитини у батьків не усунені причини, які перешкождали належному вихованню дитини її батьками, ССД за місцем походження дитини, позбавленої батьківського піклування, зобов'язана вжити заходи щодо позбавлення батьків їх батьківських прав.

Протягом двох місяців після виявлення дитини, яка залишилась без батьківського піклування, ССД за місцем виявлення дитини разом з адміністрацією закладу, до якого тимчасово її влаштовано, органами внутрішніх справ, охорони здоров'я вживаються заходи щодо встановлення особи дитини, місця її проживання, відомостей про батьків або осіб, які їх замінюють, інших родичів, місця їх проживання (перебування) та організовує роботу з повернення дитини на виховання в сім'ю чи заклад для дітей-сиріт і дітей, позбавлених

батьківського піклування, який вона самовільно залишила, або забезпечує підготовку документів для надання їй статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.

У випадку, коли дитина деякий час перебувала поза сімейним оточенням і місце проживання (перебування) її батьків не встановлено, її влаштування і встановлення статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, забезпечує ССД за місцем виявлення дитини.

Після встановлення особи дитини та місця її проживання ССД письмово повідомляє батьків або осіб, які їх замінюють, ССД за місцем проживання дитини, а у випадку, коли дитині надано статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, — ССД за місцем її походження, про місцезнаходження дитини.

ССД за місцем проживання дитини протягом 15 днів після надходження повідомлення з'ясовує умови проживання та утримання дитини батьками або особами, які їх замінюють, розглядає питання про доцільність (недоцільність) повернення дитини в сім'ю або до закладу (коли встановлено, що дитина самовільно залишила заклад для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування), готує відповідний висновок з урахуванням інтересів дитини, надсилає його керівникові закладу, в якому тимчасово перебуває дитина, та протягом двох місяців забезпечує її повернення до місця проживання, а у разі потреби готує документи, які підтверджують статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, подальше її влаштування та захист прав дитини.

У випадку, коли дитина тимчасово перебуває в сім'ї родичів або інших осіб, з якими у неї склалися близькі стосунки (сусіди, знайомі), висновок про доцільність (недоцільність) повернення її до батьків або закладу, який вона самовільно залишила, надсилається ССД за місцем виявлення дитини.

Під час вирішення питання про повернення дитини до батьків, осіб, які їх замінюють, або до закладу, який вона самовільно залишила, враховується думка дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити. Думка дитини має бути зазначена у висновку про доцільність (недоцільність) її повернення.

Передача дитини батькам, особам, які їх замінюють, здійснюється у присутності працівника ССД, про що складається акт у двох примірниках, один з яких зберігається у закладі, в якому тимчасово перебувала дитина, а другий — у ССД.

Якщо дитина відвідує недержавний Центр, то соціальні працівники після налагодження стосунків з дитиною мають повідомити про це спеціалістів ССД за місцем знаходження Центру з метою з'ясування ситуації, яка призвела до того, що дитина опинилася на вулиці, та планування подальшого влаштування дитини.

Для надання дитині статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, ССД за місцем походження дитини протягом двох місяців повинна зібрати необхідні документи (свідоцтво про народження дитини та документи, що засвідчують обставини, за яких дитина залишилась без батьківського піклування).

Рішення про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, приймається районною, районною у м. Києві та Севастополі держадміністрацією, виконавчим органом міської чи районної у місті ради за місцем походження такої дитини за поданням ССД.

У рішенні зазначаються прізвище, ім'я, по батькові дитини, дата народження, обставини, за яких вона залишилась без батьківського піклування, документи, які підтверджують ці обставини, та форма влаштування дитини.

Статус дитини-сироти надається дітям, у яких померли або загинули батьки, що підтверджується свідоцтвом про смерть кожного з них.

Статус дитини, позбавленої батьківського піклування, надається дітям:

- 1) батьки яких позбавлені батьківських прав;
- 2) які відібрані у батьків без позбавлення батьківських прав;
- 3) батьки яких визнані безвісно відсутніми;
- 4) батьки яких оголошені судом померлими;
- 5) батьки яких визнані недієздатними;
- 6) батьки яких відбувають покарання у місцях позбавлення волі;
- 7) батьки яких перебувають під вартою на час слідства;
- 8) батьки яких знаходяться у розшуку органами внутрішніх справ, пов'язаному з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місце знаходження;
- 9) у зв'язку з тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки;
- 10) підкинутим, батьки яких невідомі, покинутим в пологовому будинку, іншому закладі охорони здоров'я або яких відмовилися забрати з цих закладів батьки, інші родичі.

1.3. Нормативне визначення статусу дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування

Визначення статусу	Причини сирітства та відсутності батьківської опіки та піклування	Юридичні документи, які підтверджують соціальний статус	Примітка	Можлива форма виховання
1	2	3	4	5
Статус дитини-сироти	надається дітям, у яких померли або загинули батьки	підтверджується свідченням про смерть кожного з них	Якщо дитину виховувала одинока мати, до документів додається довідка, вида-на органом реєстрації актів цивільного стану за місцем реєстрації народження дитини, про те, що відомості про батька внесені за вказівкою матері відповідно до ст. 135 Сімейного кодексу України	Усиновлення, опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні інтернатні заклади
Статус дитини, позбавленої батьківського піклування	надається дітям, батьки яких позбавлені батьківських прав	підтверджується рішенням суду	Підстави визначаються ст. 164, 166 Сі-мейного кодексу України	Усиновлення, опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні інтернатні заклади
	надається дітям, які відібрані у батьків без позбавлення батьків-ських прав	підтверджується рішенням суду	Без юридичного статусу: дитина має інвалідність, дитина не дає згоди на по-збавлення батьківських прав батьків або батьки мають інвалідність, яка перешко-джає їм турбуватися про дитину	Державні інтернатні заклади
	надається дітям, батьки яких ви-знані безвісно відсутніми	підтверджується рішенням суду	Згідно зі ст. 43 Цивільного кодексу фі-зична особа може бути визнана безвісно відсутньою, якщо протягом 1 року вона не з'являється за постійним місцем про-живання, є заява про це і свідчення про проведення пошукової роботи (акти). Порядок визнання фізичної особи безві-сно відсутньою встановлюється ЦПКУ. Усиновлення під питанням	Опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні ін-тернатні заклади

1	2	3	4	5
Статус дитини, позбавленої батьківського піклування	надається дітям, батьки яких оголошені судом померлими	підтверджується свідченням про смерть, виданим органами реєстрації актів цивільного стану	Ст. 46 Цивільного кодексу – фізична особа може бути оголошена померлою, якщо: - у місці її постійного проживання немає відомостей про її перебування протягом 3 років; - вона пропала безвісті за обставин, що загрожували її смертю або дають підставу припускати її загибель від певного нещасного випадку, після 6 місяців з часу зникнення за вказаних обставин; - пропала безвісті у зв'язку із воєнними діями – після 2-х років від дня закінчення воєнних дій. З урахуванням конкретних обставин суд може оголосити фізичну особу померлою і до кінця цього строку, але не раніше 6 місяців.	Усиновлення, опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні інтернатні заклади
	надається дітям, батьки яких визнані недієздатними	підтверджується рішенням суду	Обставини визнання фізичної особи недієздатною визначені у ст. 39 Цивільного кодексу. Порядок визначення встановлюється ЦПКУ.	Усиновлення, опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні інтернатні заклади
	надається дітям, батьки яких відбувають покарання у місцях позбавлення волі	підтверджується вироком суду	Усиновлення, прийомна сім'я, ДБСТ, якщо батьки позбавлені батьківських прав	Опіка, піклування, державні інтернатні заклади
	надається дітям, батьки яких перебувають під вартою на час слідства	підтверджується постановою суду	Дитина не має юридичного статусу.	Опіка, піклування, державні інтернатні заклади
	надається дітям, батьки яких знаходяться у розшуку органами внутрішніх справ, пов'язаному з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження	підтверджується ухвалою суду або довідкою органів внутрішніх справ про розшук батьків та відсутність відомостей про їх місцезнаходження	Усиновлення, прийомна сім'я, ДБСТ можливі при визнанні батьків померлими або позбавленими батьківських прав	Опіка, піклування, державні інтернатні заклади

1	2	3	4	5
Статус дитини, позбавленої батьківського піклування	надається дітям у зв'язку з тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки	підтверджується висновком медико-соціальної експертної комісії про наявність у батька, матері хвороби, що перешкоджає виконанню ними батьківських обов'язків, виданим у порядку, встановленому МОЗ.	Без позбавлення батьківських прав. Не має юридичного статусу.	Опіка, піклування, державні інтернатні заклади
	підкинутим дітям, батьки яких невідомі	підтверджується актом, оформленим за відповідною формою, затвердженою МОЗ і МВС	Наявність довідки, виданої органом реєстрації актів цивільного стану, яка підтверджує, що запис про батьків дитини у Книзі реєстрації народжень проведено за рішенням органу опіки і піклування.	Усиновлення, опіка, піклування, прийомна сім'я, ДБСТ, державні інтернатні заклади
	надається дітям, покинутим у пологовому будинку, іншому закладі охорони здоров'я	підтверджується актом, оформленим за відповідною формою, затвердженою МОЗ і МВС	Наявність акта про дитину, покинуту в пологовому будинку, іншому закладі охорони здоров'я або яку відмовились забрати батьки чи інші родичі, про підкинуту чи знайдену дитину, складеного за формою, затвердженою МОЗ та МВС, із зазначенням документів, на підставі яких записані відомості про матір дитини, довідки органу реєстрації актів цивільного стану про внесення запису про батьків дитини у Книгу реєстрації актів про народження, а також письмової згоди матері (батьків) на усиновлення, засвідченої нотаріусом, або рішення суду про позбавлення матері (батьків) батьківських прав, або довідки, виданої органами МВС про те, що місце проживання (перебування) матері (батьків) невідоме	
	надається дітям, яких відмовилися забрати з пологового будинку, іншого закладу охорони здоров'я батьки, інші родичі	підтверджується актом, оформленим за відповідною формою, затвердженою МОЗ і МВС	Відмова батьків повинна бути завірена нотаріально (тільки для всиновлення). Для отримання юридичного статусу необхідне рішення суду про позбавлення батьківських прав.	

1.4. Влаштування дітей, які залишились без батьківського піклування, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування

Тимчасове влаштування дитини, яка залишилась без батьківського піклування, у межах своєї компетенції здійснює ССД за місцем виявлення дитини та кримінальна міліція у справах дітей органів внутрішніх справ.

Дитина, яка залишилась без батьківського піклування, тимчасово може бути влаштована у:

- притулок для дітей ССД (далі — притулок);
- центр соціально-психологічної реабілітації дітей (далі — центр);
- соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко);
- заклад для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- сім'ї громадян.

Тимчасове влаштування дитини до притулку, центру, соціально-реабілітаційного центру (дитячого містечка) відбувається за направленням ССД. Влаштування дитини до притулку можливе також на підставі акта кримінальної міліції у справах дітей про доставлення дитини до притулку.

Дитина, у якої є родичі або інші особи, з якими у неї склались близькі стосунки (сусіди, знайомі) і які бажають залишити її на виховання у своїй сім'ї, може перебувати у їх сім'ї до прийняття рішення про влаштування. Підставою для тимчасового перебування дитини у сім'ї родичів, інших осіб, з якими у неї склались близькі стосунки, є заява цих осіб про згоду на тимчасове проживання дитини у їхній сім'ї.

Якщо під час обстеження умов перебування дитини підтвердився факт залишення дитини без батьківського піклування, ССД або виконавчий орган сільської, селищної ради протягом однієї доби забезпечують тимчасове її влаштування.

Тимчасове влаштування підкинутої чи знайденої дитини, а також дитини з ознаками насильства або жорстокого поводження здійснюється після надання їй необхідної медичної допомоги, завершення медичного обстеження чи лікування.

Безпритульні діти підлягають негайному влаштуванню у притулок або центр за місцем виявлення у встановленому законодавством порядку.

Після тимчасового влаштування такої дитини ССД за місцем виявлення та адміністрація притулку, центру вживають заходи щодо встановлення особи дитини, її родинних зв'язків тощо.

Після встановлення особи дитини розглядається питання про її повернення на виховання до батьків або осіб, які їх замінюють. У разі неможливості або недоцільності повернення дитини на виховання до батьків ССД за місцем походження дитини збирає документи для підтвердження обставин, за яких

дитина залишилась без батьківського піклування.

Після встановлення статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, районна, районна у мм. Києві та Севастополі держадміністрація, виконавчий орган міської, районної у місті ради за місцем походження такої дитини застосовує заходи щодо влаштування її у сім'ю громадян України (усиновлення, опіка, піклування, у прийомну сім'ю, дитячий будинок сімейного типу).

До закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, незалежно від форми власності та підпорядкування дитина може бути влаштована у випадку, коли з певних причин немає можливості влаштувати її на виховання у сім'ю.

Рішення про влаштування дитини до закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, приймається районною, районною у мм. Києві та Севастополі держадміністрацією, виконавчим органом міської, районної у місті ради за місцем проживання (перебування) дитини.

Влаштування дитини до закладу для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, не звільняє районну, районну у мм. Києві та Севастополі держадміністрацію, виконавчий орган міської, районної у місті ради за місцем походження (перебування) дитини від обов'язку продовжувати діяльність щодо реалізації права цієї дитини на сімейне виховання.

РОЗДІЛ 2

Державні організації, заклади, установи.
Зміст діяльності. Права

- 2.1. Органи і служби у справах дітей та спеціальні установи, які здійснюють соціальний захист і профілактику правопорушень серед дітей.
Служба у справах дітей.
- 2.2. Кримінальна міліція у справах дітей.
- 2.3. Суди.
- 2.4. Приймальники-розподільники для дітей.
- 2.5. Загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації.
- 2.6. Центри медико-соціальної реабілітації дітей.
- 2.7. Притулки для дітей ССД.
- 2.8. Центри соціально-психологічної реабілітації дітей.
- 2.9. Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка).
- 2.10. Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.
- 2.11. Управління та відділи у справах сім'ї та молоді.
- 2.12. Заклади охорони здоров'я та медичного забезпечення.
- 2.13. Освіта.

Державні організації, заклади, установи. Зміст діяльності. Права

Усі діти на території України незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, стану здоров'я або будь-яких інших обставин мають рівні права і свободи, визначені Законом про охорону дитинства та іншими нормативно-правовими актами.

У порядку, встановленому законодавством, держава гарантує всім дітям рівний доступ до безоплатної юридичної допомоги, необхідної для забезпечення захисту їхніх прав.

2.1. Органи і служби у справах дітей та спеціальні установи, які здійснюють соціальний захист і профілактику правопорушень серед дітей. Служба у справах дітей

26

Згідно із законом №20 «Про органи і ССД та спеціальні установи для дітей» від 24.01.1995 р. здійснення соціального захисту і профілактики правопорушень серед дітей покладається на:

- спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді, уповноважений орган влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, ССД обласних, Київської та Севастопольської міських, районних державних адміністрацій, виконавчих органів міських і районних у містах рад;
- кримінальну міліцію у справах дітей органів внутрішніх справ;
- приймальники-розподільники для дітей органів внутрішніх справ;
- школи соціальної реабілітації та професійні училища соціальної реабілітації органів освіти;
- центри медико-соціальної реабілітації дітей закладів охорони здоров'я;
- спеціальні виховні установи Державної кримінально-виконавчої служби України;
- притулки для дітей;
- центри соціально-психологічної реабілітації дітей;
- соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка)

У здійсненні соціального захисту і профілактики правопорушень серед дітей беруть участь у межах своєї компетенції інші органи виконавчої влади,

органи місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації незалежно від форми власності, окремі громадяни.

Під соціальним захистом дітей відповідно до цього закону необхідно розуміти комплекс заходів і засобів соціально-економічного та правового характеру, здійснення яких покладається на суб'єктів, зазначених у частинах першій та другій цієї статті, щодо забезпечення прав дітей на життя, розвиток, виховання, освіти, медичне обслуговування, надання матеріальної підтримки.

Під профілактикою правопорушень серед дітей потрібно розуміти діяльність органів і ССД, спеціальних установ для дітей, спрямовану на виявлення та усунення причин і умов, що сприяють вчиненню дітьми правопорушень, а також позитивний вплив на поведінку окремих дітей на території України, в її окремому регіоні, у сім'ї, на підприємстві, в установі чи організації незалежно від форм власності за місцем проживання.

Основними завданнями спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді, уповноваженого органу влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, ССД є:

- розроблення і здійснення самостійно або разом з відповідними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, громадськими організаціями заходів щодо захисту прав, свобод і законних інтересів дітей;
- координація зусиль центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності у вирішенні питань соціального захисту дітей та організації роботи із запобігання дитячій бездоглядності;
- забезпечення додержання вимог законодавства щодо встановлення опіки та піклування над дітьми, їх усиновлення;
- здійснення контролю за умовами утримання і виховання дітей у закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, спеціальних установах і закладах соціального захисту для дітей незалежно від форми власності;
- ведення державної статистики щодо дітей відповідно до законодавства України та міжнародних стандартів;
- ведення обліку дітей, які опинились у СЖО, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, усиновлених, влаштованих до прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу та соціально-реабілітаційних центрів (дитячих містечок);
- надання органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, підприємствам, установам та організаціям незалежно від форми власності, громадським організаціям, громадянам практичної та методичної допомоги, консультацій з питань соціального захисту дітей.

Спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді, уповноважений орган влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, ССД мають право:

- приймати з питань, що належать до їх компетенції, рішення, які є обов'язковими для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, посадовими особами та громадянами;
- звертатися у разі порушення прав та законних інтересів дітей, а також з питань надання їм допомоги до відповідних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності;
- проводити роботу серед дітей з метою запобігання правопорушенням;
- порушувати перед органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування питання про направлення до спеціальних установ для дітей, навчальних закладів (незалежно від форми власності) дітей, які опинились у СЖО, неодноразово самовільно залишали сім'ю та навчальні заклади;
- забезпечувати влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у дитячі будинки сімейного типу, прийомні сім'ї, передачу під опіку, піклування, на усиновлення;
- вести справи з опіки та піклування над дітьми й усиновлення дітей;
- перевіряти стан роботи із соціально-правового захисту дітей у закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, спеціальних установах і закладах соціального захисту для дітей незалежно від форми власності, стан виховної роботи з дітьми у навчальних закладах, за місцем проживання, а також у разі необхідності — умови роботи працівників молодше 18 років на підприємствах, в установах та організаціях незалежно від форми власності;
- представляти у разі необхідності інтереси дітей у судах, у їх відносинах з підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності;
- запрошувати для бесіди батьків або опікунів, піклувальників, посадових осіб до ССД з метою з'ясування причин та умов, які призвели до порушення прав дітей, бездоглядності, вчинення правопорушень, вживати заходи щодо їх усунення;
- давати згоду на звільнення працівників молодше 18 років за ініціативою власника підприємства, установи та організації незалежно від форми власності або уповноваженого ним органу;
- порушувати перед органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування питання про накладення дисциплінарних стягнень на посадових осіб у разі невиконання ними рішень, прийнятих спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді, уповноваженим органом влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей;
- визначати потребу регіонів в утворенні спеціальних установ і закладів соціального захисту для дітей;
- розробляти і реалізовувати власні та підтримувати громадські програ-

ми соціального спрямування з метою забезпечення захисту прав, свобод і законних інтересів дітей;

- порушувати перед органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування питання про притягнення до відповідальності згідно із законом фізичних та юридичних осіб, які допустили порушення прав, свобод і законних інтересів дітей;
- відвідувати дітей, які опинились у СЖО, перебувають на обліку в ССД, за місцем їх проживання, навчання і роботи; вживати заходи для соціального захисту дітей.

Спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді контролює і координує діяльність уповноваженого органу влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, ССД обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Уповноважений орган влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, ССД обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, міські та районні у містах ради контролюють і координують діяльність ССД відповідно районних, районних у м. Києві та Севастополі державних адміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад, надають їм практичну і методичну допомогу, узагальнюють і поширюють позитивний досвід роботи.

Центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації незалежно від форми власності, посадові особи зобов'язані у строк, визначений спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді, уповноваженим органом влади Автономної Республіки Крим у справах сім'ї, дітей та молоді, відповідними службами у справах дітей, повідомляти про заходи, вжиті для виконання прийнятих ними рішень.

Рішення, прийняті службами у справах дітей, з питань, що належать до їх компетенції, є обов'язковими для виконання місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, посадовими особами та громадянами.

Також службою у справах дітей здійснюється організаційне забезпечення діяльності комісії згідно із затвердженою постановою Кабінету Міністрів України №866 «Типове положення про комісію з питань захисту прав дитини» від 24 вересня 2008 р.:

1. Комісія з питань захисту прав дитини (далі — комісія) є консультативно-дорадчим органом, що утворюється головою районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради.

2. Комісія у своїй діяльності керується Конституцією України, Сімейним і Цивільним кодексами України, Законами України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про охорону дитинства», «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування», «Про органи і ССД та спеціальні установи для дітей»,

«Про освіту», «Про соціальні послуги», Конвенцією ООН про права дитини, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, іншими нормативно-правовими актами, а також положенням про неї, розробленим відповідно до цього Положення.

3. Основним завданням комісії є сприяння забезпеченню реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист, сімейне виховання та всебічний розвиток.

4. Комісія відповідно до покладених на неї завдань:

1) розглядає та подає пропозиції до індивідуального плану соціального захисту дитини, яка опинилася у СЖО, дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, який складається за формою, затвердженою Мінсім'ямолодьспортом;

2) розглядає питання, зокрема спірні, які потребують колегіального вирішення, зокрема:

- реєстрація народження дитини, батьки якої невідомі;
- надання дозволу бабусі, дідусю, іншим родичам дитини забрати її з пологового будинку або іншого закладу охорони здоров'я, якщо цього не зробили батьки дитини;
- позбавлення та поновлення батьківських прав;
- вирішення спорів між батьками щодо визначення або зміни прізвища та імені дитини;
- вирішення спорів між батьками щодо визначення місця проживання дитини;
- участь одного з батьків у вихованні дитини;
- побачення з дитиною матері, батька, які позбавлені батьківських прав;
- визначення форми влаштування дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування;
- встановлення і припинення опіки, піклування;
- утримання і виховання дітей у сім'ях опікунів, піклувальників, прийомних сім'ях, дитячих будинках сімейного типу та виконання покладених на них обов'язків;
- збереження майна, право власності на яке або право користування яким мають діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування;
- розгляд звернень дітей щодо неналежного виконання батьками, опікунами, піклувальниками обов'язків з виховання або щодо зловживання ними своїми правами;
- інші питання, пов'язані із захистом прав дітей.

5. Комісія має право:

- одержувати в установленому законодавством порядку необхідну для її діяльності інформацію від органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій;
- подавати пропозиції щодо застосування заходів до посадових осіб у випадку недотримання ними законодавства про захист прав дітей, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;

- утворювати робочі групи, залучати до них представників органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, громадських організацій (за згодою) для підготовки пропозицій з питань, які розглядає комісія;
- залучати до розв'язання актуальних проблем дітей благодійні, громадські організації, суб'єкти підприємницької діяльності (за згодою).

6. Комісію очолює голова районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради. Голова комісії може мати заступника.

7. До складу комісії на громадських засадах входять керівники структурних підрозділів районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради, центрів соціальних служб у справах сім'ї, дітей та молоді, заступники керівників територіальних органів МВС та Мінюсту, а також працівник ССД, який виконує обов'язки секретаря комісії.

8. Основною організаційною формою діяльності комісії є її засідання, які проводяться у разі потреби, але не рідше, ніж один раз на місяць. Засідання комісії є правочинним, якщо на ньому присутні не менш, як дві третини загальної кількості її членів. До участі у засіданнях комісії можуть запрошуватися представники підприємств, установ, організацій та громадяни, які беруть безпосередню участь у вирішенні долі конкретної дитини, з правом дорадчого голосу.

9. Комісія у межах своєї компетенції приймає рішення, організовує їх виконання.

10. Рішення комісії приймається відкритим голосуванням простою більшістю голосів членів комісії, присутніх на засіданні. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос голови комісії.

11. Окрема думка члена комісії, який голосував проти прийняття рішення, викладається в письмовій формі і додається до рішення комісії.

12. Голова, його заступник, секретар та члени комісії беруть участь у її роботі на громадських засадах.

13. Організаційне забезпечення діяльності комісії здійснюється відповідною службою у справах дітей.

2.2. Кримінальна міліція у справах дітей

Кримінальна міліція у справах дітей є складовою частиною кримінальної міліції органів внутрішніх справ і створюється на правах самостійного підрозділу в головних управліннях Міністерства внутрішніх справ України в Автономній Республіці Крим, місті Києві, Київській області, управліннях Міністерства внутрішніх справ міста Севастополя, областей, управліннях внутрішніх справ Міністерства внутрішніх справ України на транспорті та Міністерстві внутрішніх справ України.

Кримінальна міліція у справах дітей зобов'язана:

- проводити роботу щодо запобігання правопорушень серед дітей;
- виявляти, припиняти та розкривати злочини, вчинені дітьми, вживати з цією метою оперативно-розшукових і профілактичних заходи, передбачені чинним законодавством;
- розглядати у межах своєї компетенції заяви і повідомлення про правопорушення, вчинені дітьми;
- здійснювати досудову підготовку матеріалів про правопорушення, вчинені дітьми, провадити дізнання в межах, визначених кримінально-процесуальним законодавством;
- виявляти причини та умови, що сприяють вчиненню правопорушень дітьми, вживати в межах своєї компетенції заходи щодо їх усунення; брати участь у правовому вихованні дітей;
- розшукувати дітей, що зникли, дітей, які залишили сім'ї, навчально-виховні заклади (бродяжать) та спеціальні установи для дітей;
- виявляти дорослих осіб, які втягують дітей у злочинну діяльність, проституцію, пияцтво, наркоманію та жебрацтво;
- виявляти осіб, які займаються виготовленням та розповсюдженням порнографічної продукції, видань, що пропагують насильство, жорстокість, сексуальну розпусту;
- виявляти батьків або осіб, що їх замінюють, які ухиляються від виконання передбачених законодавством обов'язків щодо створення належних умов для життя, навчання та виховання дітей;
- вести облік правопорушників, що не досягли 18 років, зокрема звільнених зі спеціальних виховних установ, з метою проведення профілактичної роботи, інформувати відповідні ССД стосовно цих дітей;
- повертати до місця постійного проживання, навчання або направляти до спеціальних установ для дітей у термін не більше восьми годин з моменту виявлення дітей, яких було підкинуто, або які заблукали, або залишили сім'ю чи навчально-виховні заклади;
- викликати дітей, їх батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), а також інших осіб у справах та інших матеріалах про правопорушення і у разі ухилення без поважних причин від явки за викликом надавати їх приводу;
- відвідувати правопорушників, що не досягли 18 років, за місцем їх проживання, навчання, роботи, проводити бесіди з ними, їх батьками (усиновителями) або опікунами (піклувальниками);
- отримувати від підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності відомості, необхідні у зв'язку з матеріалами про правопорушення, що перебувають у її провадженні;
- затримувати і тримати у спеціально відведених для цього приміщеннях дітей віком до 14 років, які залишилися без опіки та піклування, на період до передачі їх законним представникам або до влаштування у встановленому порядку, а дітей, які вчинили правопорушення до досягнення віку, з якого за такі дії особи підлягають кримінальній відпові-

дальності, — до передачі їх законним представникам або направляють до приймальників-розподільників, але не більш, як на вісім годин;

- здійснювати згідно з чинним законодавством гласні та негласні оперативно-розшукові заходи з метою розкриття злочинів, вчинених дітьми або за їх участю;
- виявляти, вести облік осіб, які втягують дітей в антигромадську діяльність;
- проводити обшуки, вилучення та інші слідчі дії відповідно до кримінально-процесуального законодавства;
- проводити за наявності законних підстав огляд дітей, речей, які є при них, транспортних засобів;
- вилучати документи і предмети, що можуть бути речовими доказами правопорушення або використані на шкоду здоров'ю дітей;
- складати протоколи про адміністративні правопорушення дітей, а також їх батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), які не виконують обов'язки щодо виховання і навчання дітей, інформувати відповідні ССД;
- вносити підприємствам, установам та організаціям незалежно від форм власності обов'язкові для розгляду подання про необхідність усунення причин та умов, що сприяють вчиненню правопорушень дітьми;
- доставляти в органи внутрішніх справ на строк до трьох годин дітей, які вчинили адміністративне правопорушення, але не досягли віку, з якого настає адміністративна відповідальність, для встановлення особи, обставин вчинення правопорушення та передачі їх батькам чи особам, які їх замінюють, або до приймальників-розподільників для дітей;
- після встановлення особи дитини невідкладно сповіщати батьків або осіб, які їх замінюють, про адміністративне затримання дитини, а в разі вчинення злочину також інформувати органи прокуратури;
- повідомляти органи опіки та піклування за місцем перебування дитини про відомий факт залишення його без опіки (піклування) батьків;
- інформувати відповідні ССД про дітей, які затримані чи обвинувачуються у вчиненні злочинів;
- здійснювати відповідно до законодавства заходи соціального патронажу щодо дітей, які відбували покарання шляхом позбавлення волі на певний строк;
- вести облік правопорушників, що не досягли 18 років, які потребують медичної допомоги, зокрема звільнених із спеціальних виховних установ, з метою проведення профілактичної роботи, інформувати відповідні ССД стосовно цих дітей.

2.3. Суди

Суди розглядають справи:

- щодо неповнолітніх, які вчинили злочини;
- щодо неповнолітніх, які вчинили адміністративні правопорушення у віці від 16 до 18 років;
- про розміщення правопорушників, які не досягли 18 років, до приймальників-розподільників для дітей;
- про адміністративну відповідальність батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників) неповнолітніх за невиконання ними своїх обов'язків щодо виховання і навчання дітей;
- про обмеження батьків у дієздатності, відібрання дітей та позбавлення батьківських прав, виселення осіб, позбавлених батьківських прав, якщо їх спільне проживання з дітьми, щодо яких вони позбавлені батьківських прав, неможливе;
- про поновлення батьківських прав і розв'язання спорів між батьками щодо місця проживання дітей;
- щодо інших питань, пов'язаних з особистими, житловими і майновими правами неповнолітніх.

Справи, які зазначено вище, розглядаються спеціально уповноваженими на те суддями (складом суддів) за участю представників ССД, крім випадків, передбачених законом.

34

2.4. Приймальники-розподільники для дітей

Приймальники-розподільники для дітей створюються в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі і підпорядковуються органам внутрішніх справ.

У приймальники-розподільники можуть бути доставлені діти віком від 11 до 18 років на термін до 30 діб, які:

- вчинили правопорушення до досягнення віку, з якого за такі дії особи підлягають кримінальній відповідальності, якщо є потреба — негайно ізолювати їх (за постановою органу дізнання, слідчого, санкціонованою прокурором або за постановою суду);
- згідно з рішенням суду направляються у спеціальні установи для дітей;
- самовільно залишили спеціальний навчально-виховний заклад, де вони перебували;
- перебувають у розшуку.

Не підлягають розміщенню у приймальники-розподільники діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі з вираженими симптомами хвороби, діти, які вчинили правопорушення у віці, з

якого за такі дії можлива кримінальна відповідальність, крім випадків припинення кримінальної справи і направлення винних осіб у спеціальні установи для дітей за рішенням суду.

Посадові особи приймальників-розподільників для дітей мають право:

- вимагати від підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності відомості, необхідні для влаштування дітей, установлення їх особи, з'ясування причин бездоглядності та вчинення правопорушень;
- викликати у разі самовільного залишення дітьми загальноосвітньої школи або професійного училища соціальної реабілітації, інших спеціальних установ для дітей їх батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників) і представників цих закладів для повернення у сім'ю або зазначені заклади;
- проводити у разі наявності інформації про зберігання заборонених речей особистий огляд дітей, їх речей, посилок, передач, а також спальних та інших приміщень із складанням протоколу про результати огляду.

2.5. Загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації

Загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації є спеціальними навчально-виховними закладами для дітей, які потребують особливих умов виховання, та підпорядковуються спеціально уповноваженому центральному органу виконавчої влади у галузі освіти і науки. До цих закладів можуть направлятися особи, які вчинили злочин у віці до 18 років або правопорушення до досягнення віку, з якого настає кримінальна відповідальність.

Основними завданнями загальноосвітніх шкіл і професійних училищ соціальної реабілітації є:

- створення належних умов для життя, навчання і виховання учнів, підвищення їх загальноосвітнього і культурного рівня, професійної підготовки, розвитку індивідуальних здібностей і нахилів, забезпечення необхідної медичної допомоги;
- забезпечення соціальної реабілітації учнів, їх правового виховання та соціального захисту в умовах постійного педагогічного режиму.

До загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації направляються за рішенням суду діти віком від 11 до 14 років, а до професійних училищ соціальної реабілітації — діти віком від 14 років.

Дітей тримають у зазначених школах і професійних училищах соціальної реабілітації у межах встановленого судом терміну, але не більше трьох років.

У загальноосвітніх школах соціальної реабілітації дітей можуть тримати у виняткових випадках до досягнення ними 15 років, а у професійних училищах соціальної реабілітації — до досягнення 19 років, якщо це необхідно для завершення навчального року або професійної підготовки.

Учні загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації, яким виповнилося 15 років, але які не стали на шлях виправлення, за рішенням суду за місцезнаходженням зазначеного закладу можуть бути переведені до професійного училища соціальної реабілітації. Це переведення може здійснюватися у межах терміну, встановленого рішенням суду, що застосував примусовий захід виховного характеру, але не більше трьох років.

Звільнення учнів з навчально-виховних закладів соціальної реабілітації проводиться достроково або після закінчення терміну перебування.

Діти, звільнені із загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації, направляються директором школи до батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), а ті, які не мають батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), — до відповідних навчально-виховних закладів загального типу.

Діти, звільнені з професійних училищ соціальної реабілітації, направляються директором училища, як правило, за місцем проживання для працевлаштування за набутою спеціальністю, а в окремих випадках — до іншої місцевості за умови письмового підтвердження відповідної ССД або державної служби зайнятості про можливість працевлаштування та забезпечення житлом у цій місцевості

Дострокове звільнення дітей із загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації проводиться судом за місцезнаходженням закладу за клопотанням ради школи чи училища.

Школи соціальної реабілітації та професійні училища соціальної реабілітації створюються відповідно до законодавства.

2.6. Центри медико-соціальної реабілітації дітей

Центри медико-соціальної реабілітації дітей створюються у державній системі охорони здоров'я за визначенням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді і Міністерства охорони здоров'я України для дітей, які вживають алкоголь, наркотики, а також для дітей, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації.

Основним завданням центрів медико-соціальної реабілітації є створення умов і забезпечення лікування дітей від алкоголізму, наркоманії, токсикоманії та їх психосоціальна реабілітація і корекція.

До центрів медико-соціальної реабілітації направляються діти віком від 11 років на підставі висновку медико-експертної комісії.

Діти перебувають у центрах медико-соціальної реабілітації протягом терміну, необхідного для лікування, але не більше двох років.

Питання про перебування дитини у центрі медико-соціальної реабілітації розглядається керівництвом центру на підставі прохання, поданого батьками (усиновителями) чи опікунами (піклувальниками), а в разі відсутності останніх — на основі рішення ССД.

Центри медико-соціальної реабілітації дітей мають права юридичної особи, власний бланк, печатку із зображенням Державного герба України та своїм найменуванням.

Спеціальні виховні установи Державної кримінально-виконавчої служби України — це установи, в яких відбувають покарання неповнолітні віком від 14 років, засуджені до позбавлення волі.

Організація та діяльність спеціальних виховних установ регламентується кримінально-виконавчим законодавством.

2.7. Притулки для дітей служб у справах дітей

Притулки для дітей утворюються, реорганізуються та ліквідуються відповідно до соціальних потреб відповідного регіону Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними, районними у м. Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських, районних у містах рад і підпорядковуються відповідній ССД.

Притулки для дітей можуть також створюватися за погодженням із службами у справах дітей підприємствами, установами та організаціями незалежних від форм власності, громадськими організаціями та громадянами.

У притулках для дітей тимчасово розміщуються діти віком від 3 до 18 років, які опинились у СЖО.

Діти можуть перебувати у притулку для дітей протягом терміну, необхідного для їх подальшого влаштування, але не більш, як 90 діб.

Не підлягають розміщенню у притулках діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі з вираженими симптомами хвороби, а також ті, які вчинили правопорушення і щодо яких є відомості про винесене компетентними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або розміщення у приймальник-розподільник для дітей.

Основними завданнями притулків для дітей є соціальний захист дітей, які опинились у СЖО, залишили сім'ї, навчальні заклади; створення належних житлово-побутових і психолого-педагогічних умов для забезпечення нормальної життєдіяльності дітей, надання їм можливості навчатися, працювати та змістовно проводити дозвілля.

Посадові особи притулків для дітей:

- надають дітям кваліфіковані та різнобічні (психологічні, педагогічні, медичні, юридичні) консультації залежно від конкретних причин соціальної дискомфорти;
- сприяють у прийнятті рішення про зміну або створення нових умов життєдіяльності дітей у сім'ї, навчально-виховних закладах, за місцем роботи та в інших сферах;

- порушують клопотання про застосування заходів громадського впливу, притягнення до кримінальної, адміністративної чи майнової відповідальності батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), які нехтують правами, інтересами дітей, провокують їх асоціальну поведінку, самовільне залишення сім'ї, навчально-виховних закладів, створюють загрозу їх здоров'ю та інтелектуальному розвитку;
- вживають заходи щодо повернення дитини в безпечне сімейне оточення.

Притулки для дітей мають права юридичної особи, рахунок в органах Державного казначейства України, власний бланк, печатку із зображенням Державного герба України та власною назвою.

2.8. Центри соціально-психологічної реабілітації дітей

Центри соціально-психологічної реабілітації дітей утворюються, реорганізуються та ліквідуються Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними, районними у м. Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських і районних у містах рад і підпорядковуються відповідній ССД для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у СЖО, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги.

Строк перебування дитини у центрі соціально-психологічної реабілітації дітей залежить від конкретних обставин, але не може перевищувати відповідно 9 і 12 місяців у разі стаціонарного і денного перебування. Строк перебування дитини в центрі визначається психолого-медико-педагогічною комісією за погодженням із відповідною службою у справах дітей.

До центрів соціально-психологічної реабілітації дітей не приймаються діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі із симптомами хвороби в гострому періоді або в період загострення хронічних захворювань, а також ті, що вчинили правопорушення і щодо яких прийнято відповідними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або розміщення до приймальника-розподільника для дітей.

Центри соціально-психологічної реабілітації дітей є юридичними особами, мають реєстраційні рахунки в органах Державного казначейства України, бланки, печатку і штамп встановленого зразка.

2.9. Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка)

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) є закладами соціального захисту для проживання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, які опинились у СЖО, безпритульних дітей віком від 3 до

18 років, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової, інших видів допомоги та подальшого їх влаштування.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) утворюються, реорганізуються та ліквідуються місцевою державною адміністрацією і підпорядковуються ССД.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) також можуть бути утворені громадськими, благодійними організаціями та фондами, зокрема і міжнародними, за погодженням з відповідною службою у справах дітей.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) забезпечують перебування в них дітей протягом періоду, визначеного службою у справах дітей.

До соціально-реабілітаційних центрів (дитячих містечок) не приймаються діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі з вираженими симптомами хвороби, а також ті, що вчинили правопорушення і щодо яких прийнято відповідними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або розміщення до приймальника-розподільника для дітей.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) є юридичними особами, мають власні бланки, печатку і штамп встановленого зразка.

ДО УВАГИ ФАХІВЦІВ!

Час від часу виникають суперечки щодо законності перебування дитини в недержавному закладі. У зв'язку з цим варто відзначити:

- у законодавстві не вказано, що це має бути саме державна установа;
- якщо родина опинилася у СЖО, то батьки або ті, хто їх замінюють, мають можливість звернутися до центрів та притулків будь-якої форми власності самостійно з метою тимчасового влаштування дітей (для цього необхідно написати заяву на ім'я керівника);
- дитина може самостійно звернутися до притулку або центру (для цього їй необхідно написати заяву на ім'я керівника).

Якщо дитина опинилася у СЖО (на вулиці, в небезпечних умовах для життя та здоров'я), то особа, яка її знайшла і має можливість прийняти тимчасово до себе в сім'ю, має звернутися до ССД за місцем проживання, написавши заяву на ім'я керівника.

Термін проживання дитини може становити 2 місяці. За цей строк спеціалісти ССД вживають заходи щодо встановлення особи дитини, місця її проживання, відомостей про батьків або осіб, які їх замінюють, інших родичів, місця їх проживання (перебування) та організовує роботу з повернення дитини на виховання в сім'ю чи заклад для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, який вона самовільно залишила, або забезпечує підготовку документів для надання їй статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.

Відповідальність за життя та здоров'я дитини несуть батьки, особи, які їх замінюють, або представники закону.

Якщо дитина вилучена з сім'ї та влаштована до закладу або в сім'ю громадянина до вирішення питання щодо її подальшої долі, то відповідальність за

життя та здоров'я дитини несе директор, завідувач, головний лікар або громадяни, які прийняли в родину дитину.

Під час звернення дитини до центру та перебування там відповідальність за життя та здоров'я несе черговий фахівець.

2.10. Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді утворюються, реорганізуються і ліквідуються органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, належать до сфери їх управління і підпорядковуються відповідно органу виконавчої влади чи виконавчому органу міської, селищної, сільської ради. Штатна кількість працівників республіканського (Автономної Республіки Крим), обласних, Київського та Севастопольського міських, районних, міських, районних у містах, селищних та сільських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді встановлюється згідно з державними соціальними стандартами і нормативами.

Основним завданням центру є:

1) участь у виконанні загальнодержавних та інших соціальних програм шляхом проведення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, зокрема забезпечення соціального обслуговування, соціального супроводу та патронажу, соціальної профілактики і реабілітації, соціальної та психологічної адаптації;

2) створення спеціалізованих формувань та забезпечення їх функціонування;

3) залучення громадськості до проведення роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, підтримка та розвиток волонтерського руху.

Зміст діяльності центру:

1) проводить соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю, які перебувають у СЖО та потребують сторонньої допомоги, шляхом їх виявлення, обліку та вивчення потреб, планування та визначення методів допомоги, надання соціальних послуг, забезпечення за необхідності соціального супроводу;

2) сприяє розвитку та підтримці сімейних форм влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, шляхом:

- пошуку та підбору кандидатів у прийомні батьки, батьки-вихователі та направлення їх на навчання;
- навчання та підготовки кандидатів в опікуни та піклувальники за направленням ССД;
- соціального супроводження прийомної сім'ї та дитячого будинку сімейного типу;

3) проводить у сім'ях, серед дітей та молоді за місцем проживання інформаційно-просвітницьку роботу, спрямовану на формування стандартів позитивної поведінки, здорового способу життя шляхом поширення соціальної

реклами і проведення консультацій;

4) забезпечує проведення на належному рівні соціальної роботи, запобігає професійним ризикам шляхом організації навчання соціальних працівників, наставництва та професійної підтримки на робочому місці;

5) виконує інші функції відповідно до покладених на центр завдань.

Центр під час виконання покладених на нього завдань:

- взаємодіє з центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями, а також фізичними особами;
- сприяє громадським організаціям, іншим об'єднанням громадян у реалізації соціально значущих ініціатив і проектів;
- залучає благодійні, громадські організації, суб'єкти господарювання, які провадять підприємницьку діяльність, до розв'язання актуальних соціальних проблем сім'ї, дітей та молоді;
- здійснює заходи щодо розроблення та поширення соціальної реклами, організації роботи із засобами масової інформації;
- сприяє волонтерській діяльності у сфері надання соціальних послуг;
- веде облік проведеної соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, готує статистичні та інформаційно-аналітичні матеріали з питань, що належать до його компетенції;
- проводить соціологічні дослідження та опитування з метою визначення проблем сім'ї, дітей та молоді;
- залучає міжнародну фінансову та технічну допомогу, міжнародні гранти, а також надає гуманітарну та іншу допомогу сім'ям, дітям та молоді, які перебувають у СЖО та потребують сторонньої допомоги.

Центр має право:

1) вносити місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування пропозиції щодо вдосконалення соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю;

2) подавати пропозиції до проектів відповідних бюджетів з питань, що належать до його компетенції;

3) утворювати спеціалізовані формування;

4) укладати в установленому порядку договори з підприємствами, установами та організаціями, зокрема й іноземними, а також з волонтерами, про проведення заходів, спрямованих на виконання покладених на нього завдань;

5) залучати спеціалістів підприємств, установ та організацій за погодженням з їх керівниками для розгляду питань, що належать до компетенції центру;

6) одержувати від підприємств, установ та організацій інформацію з питань, що належать до його компетенції;

7) проводити аналіз, експертизу та здійснювати нагляд, контроль за виконанням соціальних програм і проектів, умовами життєдіяльності, моральним, психологічним та фізичним станом сімей, дітей та молоді, вживати заходи щодо забезпечення захисту їх прав, свобод і законних інтересів;

8) порушувати клопотання про притягнення до відповідальності посадових осіб, винних у порушенні законодавства з питань проведення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю;

9) здійснювати захист прав та інтересів осіб, посередництво інтересів сімей, дітей та молоді.

Соціальні послуги, що надаються центром, є державними і здійснюються на безоплатній основі.

2.11. Управління та відділи у справах сім'ї та молоді.

Управління та відділи у справах сім'ї та молоді обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій (далі — управління) є структурним підрозділом районних, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, який утворюється головами районних, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, підзвітний і підконтрольний відповідно головам районних, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій та Мінсоцполітики.

Управління у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України і Кабінету Міністрів України, наказами Мінсім'ямолодьспорту, рішеннями голів обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, актами відповідного органу місцевого самоврядування.

Основними завданнями управління є:

- забезпечення реалізації на відповідній території державної політики з питань сім'ї, дітей, молоді, фізичної культури та спорту;
- виконання програм і здійснення заходів, спрямованих на забезпечення соціального та правового захисту сім'ї, дітей і молоді, розвитку фізичної культури та спорту, рівних прав і можливостей для участі жінок та чоловіків у політичному, економічному і культурному житті, сприяння соціальному становленню та розвитку дітей і молоді, запобігання насильству в сім'ї;
- координація діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань реалізації державної політики стосовно сім'ї, дітей, молоді, фізичної культури та спорту;
- сприяння розвитку видів спорту, визнаних в Україні;
- сприяння громадським організаціям фізкультурно-спортивної спрямованості, молодіжним, дитячим та іншим громадським організаціям у проведенні ними роботи з питань сім'ї, дітей, молоді, фізичної культури та спорту;
- організація і проведення фізкультурно-спортивних заходів серед широких верств населення, залучення їх до занять фізичною культурою та спортом, забезпечення пропаганди здорового способу життя;

- сприяння розвитку олімпійського, паролімпійського та дефлімпійського руху;
- сприяння міжнародному співробітництву з питань сім'ї, дітей і молоді, фізичної культури та спорту.

Управління відповідно до покладених на нього завдань:

1) готує пропозиції до проектів державних цільових, галузевих та регіональних програм поліпшення становища сім'ї, дітей і молоді, відпочинку та дозвілля дітей і молоді, розвитку фізичної культури та спорту, забезпечує її виконання;

2) розробляє і подає на розгляд держадміністрації пропозиції до проектів фінансування та матеріально-технічного забезпечення виконання програм і здійснення заходів, спрямованих на поліпшення становища сім'ї, дітей і молоді, розвиток фізичної культури та спорту;

3) готує пропозиції стосовно вдосконалення нормативно-правової бази з питань, що належать до його компетенції, і вносить їх в установленому порядку на розгляд держадміністрації та Мінсім'ямолодьспорту;

4) готує та подає в установленому порядку аналітичні матеріали і статистичну звітність з питань, що належать до його компетенції;

5) сприяє в межах своїх повноважень виконанню програм (проектів), розроблених молодіжними, дитячими та іншими громадськими організаціями;

6) сприяє створенню дитячих будинків сімейного типу та прийомних сімей;

7) координує в межах своїх повноважень здійснення заходів, спрямованих на організацію оздоровлення, відпочинку та дозвілля дітей і молоді, самостійно виконує відповідні програми, сприяє збереженню та розвитку мережі дитячих оздоровчих закладів;

8) здійснює координацію діяльності і контроль за організацією виїзду груп дітей на відпочинок та оздоровлення за кордон;

9) удосконалює в межах своїх повноважень систему пошуку і відбору талановитих та обдарованих дітей і молоді, сприяє їх підтримці;

10) організовує та бере участь у проведенні олімпіад, спартакіад, конкурсів, турнірів, виставок, фестивалів творчості, конференцій, форумів, інших заходів, спрямованих на підвищення культурно-освітнього рівня дітей і молоді;

11) координує діяльність відділів у справах сім'ї, молоді та спорту районних держадміністрацій, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, визначає пріоритетні напрями проведення соціальної роботи;

12) сприяє працевлаштуванню та зайнятості молоді, розвитку молодіжної підприємницької діяльності;

13) координує, контролює та забезпечує у межах своїх повноважень виконання державних цільових програм з питань протидії торгівлі людьми, вносить пропозиції щодо необхідності створення реабілітаційних центрів для осіб, що постраждали від торгівлі людьми, надає їм консультаційно-методичну допомогу;

14) здійснює заходи, спрямовані на пропагування сімейних цінностей, підвищення рівня правової обізнаності батьків і дітей, забезпечення соціального і правового захисту сімей;

15) надає в межах своїх повноважень багатодітним сім'ям та сім'ям, що опинилися у СЖО, підприємствам установам та організаціям, об'єднанням громадян та окремим громадянам методичну допомогу з питань запобігання насильству в сім'ї, забезпечує організацію діяльності спеціалізованих установ для запобігання насильству в сім'ї;

16) забезпечує в межах своїх повноважень розроблення і здійснення заходів, спрямованих на розв'язання житлово-побутових та інших соціальних проблем молоді і молодих сімей, сприяє забезпеченню молоді з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, житлом;

17) вживає в межах своїх повноважень заходів до утвердження здорового способу життя у дитячому та молодіжному середовищі, проводить інформаційно-просвітницьку роботу щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб серед дітей і молоді;

18) затверджує положення про змагання та проводить обласні (міські) змагання і навчально-тренувальні збори у межах коштів, виділених на розвиток фізичної культури та спорту;

19) комплектує склад збірних команд області (міста) за видами спорту, забезпечує організацію підготовки та участі спортсменів у змаганнях усіх рівнів, сприяє розв'язанню житлово-побутових проблем і створенню максимально сприятливих умов для тренувань членам національних збірних команд, кандидатів на участь в Олімпійських, Паралімпійських, Дефлімпійських іграх і Всесвітніх іграх з неолімпійських видів спорту та їх тренерам;

20) здійснює контроль за діяльністю спортивних шкіл;

21) сприяє збереженню і розвитку мережі фізкультурно-спортивних закладів, застосовує заходи до їх кадрового комплектування та зміцнення матеріально-технічної бази;

22) порушує в установленому порядку клопотання у сфері фізичної культури та спорту щодо надання державних нагород, присвоєння спортивних звань, а також про призначення стипендій Президента України олімпійським, паралімпійським і дефлімпійським чемпіонам, видатним спортсменам, тренерам, талановитим перспективним спортсменам, діячам фізичної культури та спорту, стипендій і премій Кабінету Міністрів України, грантів Президента України обдарованій молоді;

23) забезпечує у межах своїх повноважень організацію і сприяє активізації фізкультурно-оздоровчої роботи у навчально-виховній, виробничій та соціально-побутовій сфері, розвитку самодіяльного масового спорту, спорту ветеранів;

24) вживає заходів для забезпечення розвитку мережі центрів фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх», здійснює контроль за їх діяльністю;

25) здійснює контроль за дотриманням організаціями фізкультурно-спортивної спрямованості законодавства з питань соціального захисту сім'ї, дітей і молоді, фізичної культури та спорту, стандартів спортивної класифікації;

26) вивчає, узагальнює та поширює передовий досвід роботи з питань сім'ї, дітей і молоді, фізичної культури та спорту, проводить з цією метою методичні і науково-практичні семінари, конференції та інші заходи;

27) реєструє спортивні рекорди і досягнення, встановлені спортсменами області (міста) та вносить в установленому порядку Мінсім'ямолодьспорту подання щодо їх затвердження;

28) вивчає потреби у фахівцях для організації роботи з питань фізичної культури та спорту, організовує підвищення їх кваліфікації;

29) надає суб'єктам господарювання консультативно-методичну допомогу з питань ліцензування фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності;

30) сприяє залученню коштів підприємств, установ та організацій для соціальної підтримки сім'ї, дітей і молоді, розвитку фізичної культури та спорту;

31) взаємодіє з місцевими осередками громадських організацій фізкультурно-спортивної спрямованості згідно з укладеними договорами;

32) сприяє обласному центру «Інваспорт» та його структурним підрозділам, громадським організаціям інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості у розвитку фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи серед інвалідів, зміцненні їх матеріально-технічної бази, надає їм консультативно-методичну допомогу;

33) вживає в межах своїх повноважень заходи для забезпечення медичного і диспансерного обстеження спортсменів, спортсменів-інвалідів та їх тренерів;

34) забезпечує в межах своїх повноважень здійснення заходів щодо активізації міжнародного співробітництва з питань, що належать до його компетенції;

35) здійснює контроль за технічним станом, ефективністю і цільовим використанням спортивних об'єктів, що належать до сфери управління держадміністрації, зокрема створенням необхідних умов для вільного доступу до них інвалідів, за дотриманням правил безпеки під час проведення масових спортивних заходів;

36) проводить серед населення інформаційну, роз'яснювальну та пропагандистську роботу, зокрема через друковані та аудіовізуальні засоби масової інформації, з питань, що належать до його компетенції, провадить в установленому порядку рекламну та видавничу діяльність;

37) забезпечує в межах своїх повноважень реалізацію державної політики стосовно державної таємниці, здійснення контролю за її збереженням в управлінні;

38) виконує інші функції відповідно до покладених на нього завдань.

Управління має право:

- залучати до розгляду питань, що належать до його компетенції, спеціалістів інших структурних підрозділів держадміністрації, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, а також об'єднань громадян (за погодженням з їх керівниками);
- отримувати в установленому порядку від інших структурних підрозділів держадміністрації, підприємств, установ та організацій інформацію, документи та інші матеріали, необхідні для виконання покладених на нього завдань;
- скликати в установленому порядку наради, конференції і семінари з питань, що належать до його компетенції.

Управління в межах своєї компетенції забезпечує реалізацію державної політики на відповідній території з питань сім'ї, жінок, дітей та молоді через відділи у справах сім'ї та молоді районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації.

Управління під час виконання покладених на нього завдань взаємодіє з іншими структурними підрозділами районної, обласної, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій та органами місцевого самоврядування, а також підприємствами, установами, організаціями усіх форм власності, об'єднаннями громадян та окремими громадянами.

Відділи у справах сім'ї, молоді та спорту районної, районної у м. Севастополі державної адміністрації

Основними завданнями відділу є:

- забезпечення реалізації на відповідній території державної політики з питань сім'ї, дітей, молоді, фізичної культури та спорту;
- виконання програм і здійснення заходів, спрямованих на забезпечення соціального та правового захисту сім'ї, дітей і молоді, розвитку фізичної культури та спорту, рівних прав і можливостей для участі жінок та чоловіків у політичному, економічному і культурному житті, сприяння соціальному становленню та розвитку дітей і молоді, запобігання насильству в сім'ї;
- сприяння розвитку видів спорту, визнаних в Україні;
- сприяння молодіжним і дитячим громадським організаціям, федераціям з видів спорту та іншим громадським організаціям у проведенні ними роботи з питань сім'ї, дітей і молоді, фізичної культури та спорту;
- організація і проведення фізкультурно-спортивних заходів серед широких верств населення, залучення їх до занять фізичною культурою та спортом, забезпечення пропаганди здорового способу життя.

Відділ відповідно до покладених на нього завдань:

1) готує пропозиції до проектів регіональних програм і планів поліпшення становища сім'ї, дітей і молоді, протидії торгівлі людьми, охорони дитинства, оздоровлення, відпочинку та дозвілля дітей і молоді, розвитку фізичної культури та спорту, забезпечує їх виконання;

2) розробляє і подає на розгляд держадміністрації пропозиції до проектів фінансування та матеріально-технічного забезпечення виконання програм і

здійснення заходів, спрямованих на поліпшення становища сім'ї, дітей і молоді, розвиток фізичної культури та спорту;

3) готує та подає в установленому порядку аналітичні матеріали і статистичну звітність з питань, що належать до його компетенції;

4) залучає громадські організації фізкультурно-оздоровчої спрямованості, молодіжні, дитячі та інші громадські організації, благодійні організації до виконання соціальних програм і здійснення відповідних заходів, проведення змагань;

5) сприяє працевлаштуванню та зайнятості молоді, розвитку молодіжної підприємницької діяльності;

6) здійснює заходи, спрямовані на пропагування сімейних цінностей, підвищення рівня правової обізнаності, соціального і правового захисту сімей, надає в межах компетенції підприємствам, установам та організаціям, об'єднанням громадян та окремим громадянам методичну і практичну допомогу та консультації з питань запобігання насильству в сім'ї;

7) сприяє діяльності дитячих і молодіжних клубів та об'єднань за інтересами, зокрема за місцем проживання, збереженню їх мережі та зміцненню матеріально-технічної бази;

8) удосконалює в межах своїх повноважень систему пошуку і відбору талановитих та обдарованих дітей і молоді, сприяє підтримці їх розвитку;

9) організовує та проводить олімпіади, спартакіади, конкурси, турніри, виставки, фестивалі творчості, конференції, форуми, фізкультурно-спортивні заходи, спрямовані на підвищення культурно-освітнього рівня та поліпшення фізичного виховання дітей і молоді;

10) координує діяльність районного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і центру фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх»;

11) забезпечує у межах своїх повноважень організацію і сприяє активізації фізкультурно-оздоровчої роботи у навчально-виховній, виробничій та соціально-побутовій сферах, розвитку самодіяльного масового спорту, спорту інвалідів і ветеранів;

12) вживає в межах своїх повноважень заходи, спрямовані на утвердження здорового способу життя, протидіє поширенню соціально небезпечних хвороб у дитячому і молодіжному середовищі;

13) проводить інформаційно-роз'яснювальну, пропагандистську, консультаційну роботу, «гарячі лінії», семінари та тренінги з питань, що належать до його компетенції;

14) здійснює контроль за дотриманням законодавства з питань, що належать до його компетенції;

15) вивчає, узагальнює та поширює передовий досвід роботи з питань, що належать до його компетенції;

16) порушує в установленому порядку клопотання про відзначення спортсменів, тренерів, працівників сфери фізичної культури та спорту державними нагородами, присвоєння їм спортивних звань, а також про призначення стипендій і премій Кабінету Міністрів України, грантів Президента України обдарованій молоді;

17) комплектує склад збірних команд району за видами спорту і забезпечує організацію підготовки та участі спортсменів у змаганнях обласного (міського) рівня;

18) здійснює контроль за діяльністю дитячо-юнацьких спортивних шкіл усіх типів незалежно від їх підпорядкування;

19) сприяє збереженню і розширенню мережі фізкультурно-спортивних закладів, вживає заходів до зміцнення їх кадрового потенціалу та матеріально-технічної бази;

20) здійснює контроль за технічним станом, ефективністю і цільовим використанням спортивних об'єктів, що належать до сфери управління держадміністрації, та за дотриманням правил безпеки під час проведення масових спортивних заходів;

21) надає суб'єктам господарювання консультаційно-методичну допомогу з питань ліцензування фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності;

22) сприяє залученню коштів підприємств, установ та організацій для соціальної підтримки сім'ї, дітей і молоді, подальшого розвитку фізичної культури та спорту;

23) забезпечує у межах своїх повноважень реалізацію державної політики стосовно державної таємниці, здійснення контролю за її збереженням у відділі;

24) виконує інші функції відповідно до покладених на нього завдань.

Відділ має право:

- залучати до розгляду питання, що належать до його компетенції, спеціалістів інших структурних підрозділів держадміністрації, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, об'єднань громадян і фондів (за погодженням з їх керівниками);
- отримувати в установленому порядку від інших структурних підрозділів держадміністрації, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій інформацію, документи та інші матеріали, необхідні для виконання покладених на нього завдань;
- скликати в установленому порядку наради, конференції і семінари з питань, що належать до його компетенції.

Відділ під час виконання покладених на нього завдань взаємодіє з іншими структурними підрозділами держадміністрації, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями, об'єднаннями громадян та окремими громадянами.

2.12. Заклади охорони здоров'я та медичного забезпечення

Право на охорону здоров'я.

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

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримки здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи наявні і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина;
- право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та проведення релігійного обряду.

Законодавством України може бути визначено й інші права громадян у галузі охорони здоров'я.

Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

Гарантії права на охорону здоров'я.

Держава згідно з Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я шляхом:

- створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;

- подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;
- здійснення державного і громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, обробки й аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Державний захист права на охорону здоров'я.

Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист.

У разі порушення законних прав й інтересів громадян у галузі охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, підприємства, установи та організації, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходи щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди.

Судовий захист права на охорону здоров'я здійснюється у порядку, встановленому законодавством.

Обов'язки громадян у галузі охорони здоров'я.

Громадяни України зобов'язані:

- а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення;
- в) подавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які перебувають у загрозових для їх життя і здоров'я обставинах;
- г) виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Права і обов'язки іноземних громадян та осіб без громадянства.

Іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, користуються такими ж правами і несуть такі ж обов'язки в галузі охорони здоров'я, як і громадяни України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законодавством України.

Права та обов'язки в галузі охорони здоров'я іноземних громадян та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, визначаються законодавством і відповідними міжнародними договорами.

Забезпечення лікувально-профілактичною допомогою.

Громадянам України надається лікувально-профілактична допомога поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими закладами охорони здоров'я, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідну ліцензію.

Для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою громадян України, які мають відповідні пільги, встановлені законодавством, створюються спеціальні лікувально-профілактичні заклади.

Види лікувально-профілактичної допомоги.

Держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, звичайну діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях.

Медичні працівники зобов'язані надавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат.

У невідкладних випадках, коли надання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та окремі громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні надавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Надання безоплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофа, аварія, масові отруєння, епідемія, епізоотія, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли наданню медичної допомоги, гарантується

ся у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безоплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення надання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Вибір лікаря й лікувального закладу.

Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцятирічного віку і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим в будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Обов'язок надання медичної інформації.

Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема й на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема щодо наявності ризику для життя і здоров'я.

Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я його батьків (усиновлювачів, опікунів, піклувальників), зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у суді.

Право на таємницю про стан здоров'я.

Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Лікарська таємниця.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

ДО УВАГИ ФАХІВЦІВ!

Якщо при зверненні до медичного закладу вам відмовили у прийнятті дитини або молодшої особи без поважних причин (наприклад, відсутнє у закладі хірургічне відділення, проте є можливість надання первинної невідкладної допомоги та викликати машину швидкої допомоги, яка транспортує хворого в іншу лікарню), то необхідно написати заяву на ім'я головного лікаря лікарні. Прослідкуйте, щоб заяву зареєстрували та зазначте номер, за яким вона буде зареєстрована. Якщо працівники медичного закладу відмовляються прийняти заяву, то Ви можете вимагати, щоб на заяві вказали причину відмови.

Якщо Вам не надають інформацію, не приймають заяву, то Ви можете зателефонувати за номерами екстреного зв'язку або цілодобової гарячої лінії медичного забезпечення, телефони яких розміщують на інформаційних стендах у лікарнях.

Якщо справа відбувається вночі (вас не приймають, виставляють на вулицю), то Ви маєте право викликати міліцію або вимагати, щоб персонал її викликав і що інакше Ви не покинете приміщення закладу.

2.13. Освіта

53

Освіта — основа інтелектуального, культурного, духовного, соціального, економічного розвитку суспільства і держави. Метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, розвиток її талантів, розумових і фізичних здібностей, виховання високих моральних якостей, формування громадян, здатних до свідомого суспільного вибору, збагачення на цій основі інтелектуального, творчого, культурного потенціалу народу, підвищення його освітнього рівня, забезпечення народного господарства кваліфікованими фахівцями.

Освіта в Україні ґрунтується на засадах гуманізму, демократії, національної свідомості, взаємоповаги між націями і народами.

Право громадян України на освіту.

Громадяни України мають право на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від статі, раси, національності, соціального і майнового стану, роду та характеру занять, світоглядних переконань, приналежності до партій, ставлення до релігії, віросповідання, стану здоров'я, місця проживання та інших обставин. Це право забезпечується:

- розгалуженою мережею навчальних закладів, заснованих на державній та інших формах власності, наукових установ, закладів післядипломної освіти;
- відкритим характером навчальних закладів, створенням умов для вибору профілю навчання і виховання відповідно до здібностей, інтересів громадянина;

- різними формами навчання — очною, вечірньою, заочною, екстернатом, а також педагогічним патронажем.
- Держава здійснює соціальний захист вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів та інших осіб незалежно від форм їх навчання і типів навчальних закладів, де вони навчаються, сприяє здобуттю освіти в домашніх умовах.

Для одержання документа про освіту громадяни мають право на державну атестацію.

Іноземні громадяни, особи без громадянства здобувають освіту в навчальних закладах України відповідно до чинного законодавства та міжнародних договорів.

Основними принципами освіти в Україні є:

- доступність для кожного громадянина усіх форм і типів освітніх послуг, що надаються державою;
- рівність умов кожної людини для повної реалізації її здібностей, таланту, всебічного розвитку;
- гуманізм, демократизм, пріоритетність загальнолюдських духовних цінностей;
- органічний зв'язок зі світовою та національною історією, культурою, традиціями;
- незалежність освіти від політичних партій, громадських і релігійних організацій;
- науковий, світський характер освіти;
- інтеграція з наукою і виробництвом;
- взаємозв'язок з освітою інших країн;
- гнучкість і прогностичність системи освіти;
- єдність і наступність системи освіти;
- безперервність і різноманітність освіти;
- поєднання державного управління і громадського самоврядування в освіті.

Дошкільна освіта.

Дошкільна освіта і виховання здійснюються у сім'ї, дошкільних навчальних закладах у взаємодії з сім'єю і мають на меті забезпечення фізичного, психічного здоров'я дітей, їх всебічного розвитку, набуття життєвого досвіду, формування умінь, навичок, необхідних для подальшого навчання.

Дошкільні навчальні заклади.

Дошкільними навчальними закладами є: ясла; ясла-садки; дитячі садки; ясла-садки компенсуючого типу; будинки дитини; дитячі будинки інтернатного типу; ясла-садки сімейного типу; ясла-садки комбінованого типу; центри розвитку дитини.

Прийом дітей у дошкільні навчальні заклади проводиться за бажанням батьків або осіб, які їх замінюють.

Загальна середня освіта.

Загальна середня освіта забезпечує всебічний розвиток дитини як особистості, її нахилів, здібностей, талантів, трудову підготовку, професійне самовизначення, формування загальнолюдської моралі, засвоєння визначеного суспільними, національно-культурними потребами обсягу знань про природу, людину, суспільство і виробництво, екологічне виховання, фізичне вдосконалення.

Держава гарантує молоді право на отримання повної загальної середньої освіти і оплачує її здобуття. Повна загальна середня освіта в Україні є обов'язковою і може отримуватись у різних типах навчальних закладів.

За рахунок коштів підприємств, установ і організацій, батьків та інших добровільних внесків можуть вводитися додаткові навчальні курси понад обсяг, визначений державним стандартом для відповідного освітнього рівня.

Середні навчальні заклади.

Основним видом середніх навчальних закладів є середня загальноосвітня школа трьох ступенів: перший — початкова школа, що забезпечує початкову загальну освіту, другий — основна школа, що забезпечує базову загальну середню освіту, третій — старша школа, що забезпечує повну загальну середню освіту.

Навчання у середній загальноосвітній школі починається з шести- або семирічного віку.

Школи першого ступеня у сільській місцевості створюються незалежно від наявної кількості учнів. Відкриття таких шкіл, а також самостійних класів у них здійснюється за рішенням місцевих органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.

Навчальні заклади для громадян, які потребують соціальної допомоги та реабілітації.

Для дітей, які не мають необхідних умов для виховання і навчання в сім'ї, створюються загальноосвітні школи-інтернати.

Для дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, створюються школи-інтернати, дитячі будинки, зокрема сімейного типу, з повним державним утриманням.

Для дітей, які потребують тривалого лікування, створюються дошкільні навчальні заклади, загальноосвітні санаторні школи-інтернати, дитячі будинки. Навчальні заняття з такими дітьми проводяться також у лікарнях, санаторіях, вдома.

Для осіб, які мають вади у фізичному чи розумовому розвитку і не можуть навчатися у масових навчальних закладах, створюються спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, школи, дитячі будинки, дошкільні та інші навчальні заклади з утриманням за рахунок держави.

Для дітей і підлітків, які потребують особливих умов виховання, створюються загальноосвітні школи і професійно-технічні училища соціальної реабілітації.

Професійно-технічна освіта громадян здійснюється на базі повної загальної середньої освіти або базової загальної середньої освіти з наданням можливості здобувати повну загальну середню освіту.

Громадяни, які потребують соціальної допомоги і реабілітації, а також громадяни, які здобувають окремих професійний фах згідно з переліком, визначеним Кабінетом Міністрів України, можуть отримувати професію, не маючи базової загальної середньої освіти.

Професійно-технічні навчальні заклади.

Професійно-технічні навчальні заклади здійснюють підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації громадян за державним замовленням, а також за угодами з підприємствами, об'єднаннями, установами, організаціями, окремими громадянами.

Учні державних професійно-технічних навчальних закладів із числа дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, і дітей, які потребують особливих умов виховання, перебувають на повному утриманні держави, інші учні зазначених навчальних закладів забезпечуються безкоштовним харчуванням і стипендією.

Порядок повного державного утримання та забезпечення учнів державних професійно-технічних навчальних закладів безкоштовним харчуванням і стипендією визначається Кабінетом Міністрів України.

Вища освіта.

Вища освіта здійснюється на базі повної загальної середньої освіти. До вищих навчальних закладів, що реалізують підготовку молодших спеціалістів, можуть прийматися особи, які мають базову загальну середню освіту.

Навчання у вищих навчальних закладах державної форми власності оплачується державою, за винятком випадків, передбачених частиною четвертою ст. 61 Закону України «Про освіту», у вищих навчальних закладах інших форм власності — юридичними та фізичними особами.

Прийом громадян до вищих навчальних закладів проводиться на конкурсній основі відповідно до здібностей незалежно від форми власності навчального закладу та джерел оплати за навчання.

Права вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів.

1. Вихованці, учні, студенти, курсанти, слухачі, стажисти, клінічні ординатори, аспіранти, докторанти відповідно мають гарантоване державою право на:

- навчання для здобуття певного освітнього та освітньо-кваліфікаційного рівнів;
- вибір навчального закладу, форми навчання, освітньо-професійних та індивідуальних програм, позакласних занять;
- додаткову відпустку за місцем роботи, скорочений робочий час та інші пільги, передбачені законодавством для осіб, які поєднують роботу з навчанням;
- продовження освіти за фахом, спеціальністю на основі одержаного освітньо-кваліфікаційного рівня, здобуття додаткової освіти відповідно до угоди із навчальним закладом;
- одержання направлення на навчання, стажування до інших навчальних закладів, зокрема й за кордон;

- користування навчальною, науковою, виробничою, культурною, спортивною, побутовою, оздоровчою базою навчального закладу;
- доступ до інформації в усіх галузях знань;
- участь у науково-дослідній, дослідно-конструкторській та інших видах наукової діяльності, конференціях, олімпіадах, виставках, конкурсах;
- особисту або через своїх представників участь у громадському самоврядуванні, в обговоренні, вирішенні питань удосконалення навчально-виховного процесу, науково-дослідної роботи, призначення стипендій, організації дозвілля, побуту тощо;
- участь в об'єднаннях громадян;
- безпечні і нешкідливі умови навчання та праці;
- забезпечення стипендіями, гуртожитками, інтернатами в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- трудову діяльність у встановленому порядку в позаурочний час;
- перерву в навчанні у вищих та професійно-технічних навчальних закладах;
- користування послугами закладів охорони здоров'я, засобами лікування, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я;
- захист від будь-яких форм експлуатації, фізичного та психічного насильства, від дій педагогічних, інших працівників, які порушують права або принижують їх честь і гідність.

Відволікання учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів за рахунок навчального часу на роботу і здійснення заходів, не пов'язаних з процесом навчання, забороняється, крім випадків, передбачених рішенням Кабінету Міністрів України.

Обов'язки вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів.

Обов'язками вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів відповідно є:

- додержання законодавства, моральних, етичних норм;
- систематичне та глибоке оволодіння знаннями, практичними навичками, професійною майстерністю, підвищення загального культурного рівня;
- дотримання статуту, правил внутрішнього розпорядку навчального закладу.

Випускники вищих навчальних закладів, які здобули освіту за кошти державного або місцевого бюджетів, направляються на роботу і зобов'язані відпрацювати за направленням в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Інші обов'язки осіб, що навчаються, можуть встановлюватися законодавством, положеннями про навчальні заклади та їх статутами.

Додаткові види соціального і матеріального забезпечення вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів.

Вихованцям, учням, студентам, курсантам, слухачам, стажистам, клінічним ординаторам, аспірантам, докторантам може надаватися додатково соціальна і матеріальна допомога за рахунок місцевих бюджетів, міністерств і відомств, підприємств, установ, організацій, коштів громадян, юридичних і фізичних осіб за межами України, благодійних організацій, а також з інших надходжень.

При загальноосвітніх закладах утворюються фонди загального обов'язкового навчання для надання матеріальної допомоги учням, їх оздоровлення, проведення культурних заходів, інших передбачених законодавством витрат. Фонди загального обов'язкового навчання утворюються за рахунок коштів місцевих бюджетів у розмірі не меншому трьох відсотків витрат на утримання шкіл, а також за рахунок залучення коштів підприємств, установ, організацій, інших джерел.

Для учнів, які проживають у сільській місцевості на відстані понад 3 кілометри від школи, забезпечується безкоштовне регулярне підвезення до школи і зі школи рейсовим транспортом або транспортом підприємств, установ та організацій.

На час виробничого навчання, практики учням і студентам забезпечуються робочі місця, безпечні та нешкідливі умови праці.

Відповідальність за порушення законодавства про освіту.

Посадові особи і громадяни, винні у порушенні законодавства про освіту, несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

ДО УВАГИ ФАХІВЦІВ!

Дитина, яка мешкає в центрі населеного пункту, має право відвідувати школу не за місцем реєстрації, так як про це в законі не вказано. Якщо школа буде відмовляти Вам в реалізації цього права дитини, то Ви маєте можливість звернутися із заявою до ССД за місцем знаходження центру або до відділу освіти та науки в районні чи місті.

Соціальний захист населення.

Програма соціальної допомоги, яка надається органами праці та соціального захисту населення, складається з таких аспектів:

- державна допомога сім'ям з дітьми;
- допомога малозабезпеченим сім'ям;
- державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам;
- грошова допомога малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу;
- допомога на оплату житла та комунальних послуг;
- пільги та компенсаційні виплати інвалідам, ветеранам війни та праці;
- пільги та компенсації особам, які постраждали внаслідок політичних репресій;
- пільги та компенсаційні виплати особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- допомога на поховання;

— допомога, яка надається за місцевими програмами.

Приймаються документи та оформлюються виплати на соціальну допомогу дітям згідно з чинним законодавством України, а саме з таких причин:

- у зв'язку з вагітністю та пологами;
- допомога при народженні дитини;
- допомога по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку;
- на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням;
- допомога на дітей одиноким матерям;
- при усиновленні дитини;
- тимчасова державна соціальна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме;
- державна соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- допомога малозабезпеченим сім'ям;
- допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам.

Для отримання виплат необхідно звернутися до районного або міського відділу соціального захисту за місцем проживання.

Виплати допомоги починаються не з моменту настання ситуації (народження, смерть тощо), а з часу прийняття документів від заявника спеціалістом відділу.

Грошова допомога на дитину нараховується на картку або ощадну книжку одного з батьків, осіб, які їх замінюють, або законних представників.

РОЗДІЛ 3

Соціальні послуги, які можуть надаватися дітям, сім'ям та особам, які опинились у складних життєвих обставинах (СЖО)

61

3.1. Визначення термінів.

3.2. Зміст та умови отримання соціальних послуг.

3.3. Форми та види надання соціальних послуг дітям та сім'ям:

- Соціальне інспектування.
- Соціальний супровід.

Соціальні послуги, які можуть надаватися дітям, сім'ям та особам, які опинились у складних життєвих обставинах (СЖО)

3.1. Визначення термінів

Соціальні послуги — комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у СЖО та потребують сторонньої допомоги (далі — особи, що потребують соціальних послуг) з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя;

складні життєві обставини (СЖО) — обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо);

соціальний працівник — професійно підготовлений фахівець, що має необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надає соціальні послуги;

соціальне обслуговування — система соціальних заходів, яка передбачає сприяння, підтримку і послуги, що надають соціальні служби окремим особам чи групам населення для подолання або пом'якшення життєвих труднощів, підтримки їх соціального статусу та повноцінної життєдіяльності;

соціальні служби — підприємства, установи та організації незалежно від форм власності і господарювання, а також громадяни, що надають соціальні послуги особам, які перебувають у СЖО та потребують сторонньої допомоги;

тимчасовий притулок для дорослих — організація нічного або тимчасового проживання бездомних людей, осіб, що постраждали від фізичного або психічного насильства, стихійного лиха, катастрофи тощо з наданням їм правової, психологічної, соціальної, медичної та побутової допомоги в подоланні тимчасових труднощів, сприянні у встановленні особи, відновленні документів, паспортизації та працевлаштуванні;

тимчасовий притулок для неповнолітніх — організація тимчасового проживання, виховання, утримання безпритульних дітей, дітей, позбавлених батьківського піклування, які зазнали жорстокості, насильства або з інших причин потребують соціального захисту;

реабілітація — система медичних, професійних, соціальних заходів, спрямованих на надання особам, які перебувають у СЖО, допомоги у відновленні ними порушених функцій організму, компенсації обмежень життєдіяльності та підтриманні оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, соціального рівнів та якості для досягнення соціальної і матеріальної незалежності, соціально-професійної адаптації та інтеграції в суспільство;

суб'єкти, що надають соціальні послуги — державні та комунальні спеціалізовані підприємства, установи та заклади соціального обслуговування, підпорядковані центральним, місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування (далі — державні та комунальні суб'єкти), юридичні особи, створені відповідно до законодавства, які не мають на меті отримання прибутку (далі — недержавні суб'єкти), фізичні особи.

3.2. Зміст та умови отримання соціальних послуг

До соціальних послуг, які можуть надаватися дітям, сім'ям та особам, які опинилися в СЖО, належать:

1. Надання інформації членам сім'ї, особі про право та види матеріальних виплат або гуманітарної допомоги (якщо родина, особа має на них право відповідно до законодавства), надання контактів служб/установ, куди необхідно звернутися за відповідною допомогою, про заклади, які можуть надати послуги сім'ям з дітьми та окремим особам, умови отримання соціальних послуг.

2. Планування спільно з родиною, особою заходів та дій з отримання соціальної допомоги, моніторинг виконання запланованих дій.

3. Психологічна підтримка: обговорення проблем з членами сім'ї, особою та надання порад з розв'язання соціальних та психологічних проблем, з питань психічного здоров'я членів сім'ї та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, подальшого навчання або працевлаштування, формування вміння долати труднощі та конфлікти з оточенням, організація та координація психотерапевтичних груп та груп самодопомоги.

4. Соціально-педагогічні послуги: виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів членів родин, особи, навчання/тренінги з методів самопредставництва, захисту прав, розвиток комунікативних навичок, корекційні заняття з дітьми.

5. Організація дозвілля, спортивно-оздоровчої, творчої діяльності, залучення до спортивних змагань, художньої самодіяльності, волонтерської роботи, громадських організацій.

6. Консультації з питань збереження і зміцнення здоров'я, формування ідеології здорового способу життя й подолання шкідливих звичок, формування сексуальної культури і навичок захищених статевих відносин, профілактики ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних захворювань, підтримка й охорона здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів.

7. Надання правових консультацій з питань чинного законодавства, гарантій та пільг, здійснення захисту прав та інтересів осіб — членів сім'ї (пріоритетно — дітей)

Зміст соціальних послуг.

Зміст соціальних послуг — допомога дитині та членам її родини, особі в усвідомленні й розв'язанні значущих проблем та усуненні причин, які заважають самостійно подолати складну життєву ситуацію. Завданням соціального працівника є допомога у набутті членами сім'ї, особою вмінь вирішувати проблеми самостійно. Допомога надається у розв'язанні лише тих проблем сім'ї або особи, що викликали складну життєву ситуацію і з якими родина, людина не може впоратись самостійно.

Зміст соціальних послуг включає:

- соціально-педагогічні послуги: виявлення дітей, сімей, які опинились у СЖО, надання консультацій з питань виховання дітей у сім'ї, догляду за дитиною, виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у СЖО, посередництво між дитиною та батьками, адміністрацією школи, центральними та виконавчими органами місцевого самоврядування, органами опіки та піклування організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозволя, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності тощо, а також залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, заінтересованих осіб, консультації з питань чинного законодавства, сприяння оформленню документів, необхідних для розв'язання проблем клієнтів та поліпшення їхніх життєвих обставин;
- соціально-медичні послуги: консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я;
- соціально-економічні: сприяння пошуку житла, оформленню державних допомоги, пенсій, пільг, наданню гуманітарної допомоги з різних джерел не заборонених чинним законодавством, переадресація до центрів для подальшого працевлаштування;
- інформаційні послуги: надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги);
- психологічні послуги: консультації з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад, психологічного заключення за потребою;
- юридичні послуги: надання юридичної консультації з питань чинного законодавства, представлення прав та інтересів особи, сприяння оформленню документів, необхідних для розв'язання проблем клієнтів та поліп-

шення їхніх життєвих обставин.

Право на отримання соціальних послуг.

Право на отримання соціальних послуг мають громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, зокрема й біженці, які проживають в Україні на законних підставах та перебувають у СЖО.

Порядок і умови отримання соціальних послуг.

Для отримання соціальних послуг, що надаються державними та комунальними суб'єктами, особа, яка їх потребує, має звернутися з письмовою заявою до місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування.

Для отримання соціальних послуг, що надаються недержавними суб'єктами, особа, яка їх потребує, звертається до відповідного суб'єкта, що їх надає.

У випадку, якщо особа, яка потребує соціальних послуг, за віком або станом здоров'я неспроможна самостійно прийняти рішення про необхідність їх надання, таке рішення може прийняти опікун чи піклувальник, органи опіки та піклування відповідно до законодавства.

Основні права отримувачів соціальних послуг.

При одержанні соціальних послуг громадяни мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення з боку суб'єктів, що надають соціальні послуги;
- вибір установи та закладу, а також форми соціального обслуговування;
- інформацію щодо своїх прав, обов'язків та умов надання соціальних послуг;
- згоду на соціальні послуги;
- відмову від соціальних послуг;
- конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відомою суб'єкту, який надає соціальні послуги;
- захист своїх прав і законних інтересів, зокрема і в судовому порядку.
- Особи, що надають соціальні послуги, зобов'язані:
- сумлінно надавати соціальні послуги особам, які перебувають у складній життєвій ситуації;
- керуватися у своїй діяльності основними принципами надання соціальних послуг;
- поважати гідність громадян;
- не допускати негуманних і дискримінаційних дій щодо громадян, які одержують соціальні послуги;
- надавати особам, які обслуговуються, повну інформацію про зміст і види соціальних послуг;
- зберігати в таємниці інформацію, отриману в процесі виконання своїх обов'язків, а також ту інформацію, яка може бути використана проти особи, що обслуговується.

Обмеження права на соціальні послуги.

У разі, якщо особа, яка отримує соціальні послуги, без поважних причин не виконує вимоги їх одержання, суб'єкт, що надає соціальні послуги, виносить такій особі письмове попередження про можливість відмови від надання соціальних послуг або обмеження у їх наданні.

У випадку, якщо особа отримує соціальні послуги та письмово попереджена про можливість відмови від надання соціальних послуг або обмеження у їх наданні, але продовжує не виконувати вимоги їх одержання, відповідний суб'єкт, що надає соціальні послуги, може в односторонньому порядку обмежити або припинити надання соціальних послуг такій особі, про що письмово інформується зазначена особа та місцевий орган виконавчої влади чи орган місцевого самоврядування.

Обмеження в отриманні одного виду соціальних послуг не може бути підставою для обмеження в наданні іншого виду соціальних послуг.

Підстави для зміни або припинення надання соціальних послуг сім'ям, дітям та молоді.

Підставами для зміни або припинення надання соціальних послуг сім'ям, дітям та молоді визнаються:

- досягнення дітьми 18 років та молодими громадянами 35 років;
- добровільна відмова від отримання відповідного виду соціальних послуг, якщо ця відмова або її наслідки не порушують прав і свобод інших осіб та не становлять загрози життю особи, яка відмовляється від отримання відповідного виду соціальних послуг;
- припинення наявності підстав для надання соціальних послуг;
- інші обставини, встановлені законом.

3.3. Форми та види надання соціальних послуг дітям, сім'ям та особам

Залежно від життєвих обставин, ступеня ризику для життя та здоров'я дитини, членів сім'ї, окремої особи соціальні послуги надаються:

- *за такими формами:* індивідуальна, групова, колективна

- *за видами:* консультування, надання інформації: діагностика, тестування, тренінг, лекція, відеоекторій, семінар, круглий стіл, фестиваль, соціальний супровід, соціальне супроводження тощо.

Надання соціальних послуг може здійснюватися на регулярній основі у спеціальних закладах чи службах, а також вдома:

- індивідуально з кожним членом родини,
- спільно з усіма членами родини,
- індивідуально чи в групі з особами, які складають значуще оточення сім'ї,
- у групі з іншими особами.

Консультування

1. Консультування здійснюється:

- одноразово за зверненням одного з членів родин перед початком роботи з сім'єю або особи,
- регулярно у ході роботи з родиною, особою згідно з планом або за направленням соціального працівника — координатора роботи з сім'єю, особою.

2. Консультація може бути закінченою одноразовою соціальною послугою або стати початком тривалої соціальної роботи. Одна сім'я або особа може отримати не менше 1 години консультації при кожному зверненні.

3. Консультування здійснюється соціальним або корекційним педагогом, соціальним працівником, психологом, фахівцем з правових питань або юристом, медичним працівником відповідно до індивідуальних та спільних потреб сім'ї, особи. Для надання послуг консультування залучаються відповідні фахівці.

Типовими етапами процесу надання соціальних послуг є:

1. Отримання інформації про ситуацію в сім'ї або особи від них самих чи від інших суб'єктів соціальної роботи.
2. Реєстрація інформації.
3. Надання екстреної допомоги.
4. Вивчення/розслідування ситуації, зокрема соціальне інспектування.
5. Надання соціальних послуг.
6. Переадресація до інших закладів та установ за місцем проживання (деякі питання можливо вирішувати виключно за місцем реєстрації: наприклад, захист житлових прав, облік в черзі на житло тощо).

67

ДО УВАГИ ФАХІВЦІВ!

Якщо Ви здійснили візит за місцем проживання дитини та членів її сім'ї або надані при зверненні відомості містять інформацію про СЖО, то рекомендуємо Вам звернутися до ЦСССДМ або ССД щодо здійснення соціального інспектування за місцем проживання дитини, сім'ї.

Щодо соціальної підтримки осіб (дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування) та інших осіб, які досягли повноліття, звертатися необхідно до ЦСССДМ.

Соціальне інспектування.

Соціальне інспектування передбачає заходи, спрямовані на:

- з'ясування факту наявності у осіб СЖО;
- вивчення причин, що призвели до виникнення СЖО, які особи не можуть подолати самотійно;
- оцінку потреб та визначення необхідності у здійсненні соціального обслуговування осіб;

- з'ясування можливості та здатності осіб до самостійної життєдіяльності;
- вжиття негайних заходів для усунення реальної загрози життю і здоров'ю осіб, які не можуть захистити себе від насильства або жорстокого поводження;
- забезпечення прав осіб на отримання своєчасної допомоги;
- контроль за дотриманням державних стандартів і нормативів у сфері соціальної роботи.

Соціальне інспектування здійснюється у разі:

- особистого звернення осіб, які перебувають у СЖО;
- звернення громадян, яким стало відомо про осіб, які перебувають у СЖО;
- надходження повідомлень від суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, закладів, підприємств, установ чи організацій різних форм власності про осіб, які перебувають у СЖО;
- необхідності здійснення оцінки результатів проведеної соціальної роботи з особами.

Соціальне інспектування здійснюється центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із залученням інших суб'єктів соціальної роботи.

Під час здійснення соціального інспектування використовуються такі методи: обстеження, спостереження, інтерв'ю, бесіда, анкетування, тестування.

Етапи соціального інспектування.

Соціальне інспектування передбачає такі етапи:

- відвідування осіб за місцем фактичного проживання;
- збір додаткової інформації про осіб щодо умов їх життєдіяльності, причин та факторів, які зумовили виникнення СЖО, засобів та можливостей для їх подолання;
- аналіз потреб осіб, підготовка рекомендацій щодо подальшої роботи з ними.

Усі етапи соціального інспектування здійснюються у строк до 10 робочих днів з моменту першого відвідування осіб.

У разі отримання інформації про існування загрози життю і здоров'ю осіб, про прояви насильства щодо них або загрозу його вчинення, а також при виявленні зазначених фактів під час здійснення соціального інспектування центр негайно повідомляє про це відповідний орган внутрішніх справ для застосування необхідних заходів.

Зміст соціального інспектування.

Відвідування осіб за місцем фактичного проживання передбачає обстеження умов їх проживання та з'ясування наявності СЖО, про що спеціалістом центру заповнюється акт соціального інспектування.

Якщо під час відвідування інформація про наявність СЖО в осіб не підтверджується, соціальне інспектування завершується, про що зазначається в

акті соціального інспектування.

У випадку, коли членам комісії відмовлено в доступі до жилого приміщення, про це зазначається в акті соціального інспектування, але це не є підставою для припинення соціального інспектування. Спеціаліст центру, відповідальний за його здійснення, з'ясовує умови життєдіяльності осіб шляхом залучення до збору інформації їх близького соціального оточення та суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю.

Якщо в ході відвідування та аналізу зібраної інформації про осіб виявлено факти, що свідчать про наявність СЖО, працівником центру, відповідальним за здійснення соціального інспектування, з'ясовуються причини їх виникнення, надаються рекомендації щодо їх подолання, визначається необхідність залучення інших суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю до вирішення проблем осіб, надання їм соціальних послуг, здійснення соціального супроводу чи інших заходів щодо захисту їх прав.

Під час здійснення соціального інспектування для збору додаткової інформації про осіб працівник центру додатково обмінюється інформацією з іншими суб'єктами соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, готує запити і клопотання, відвідує підприємства, установи, організації, заклади тощо.

Після проведеної роботи працівником центру, відповідальним за здійснення соціального інспектування, заповнюється акт соціального інспектування.

На підтвердження викладених фактів до акту соціального інспектування можуть додаватися копії відповідних документів: клопотань, довідок, листів тощо.

Під час здійснення соціального інспектування особам за їх згодою центром надаються соціальні послуги, перелік яких визначений законодавством, застосовуються заходи щодо забезпечення захисту прав осіб.

Результатами соціального інспектування можуть бути:

- здійснення соціального обслуговування, спрямованого на розв'язання проблем осіб, які перебувають у СЖО;
- винесення на розгляд дорадчого органу, створеного управлінням (відділом) у справах сім'ї, молоді та спорту районних, районних у м. Києві та Севастополі державних адміністрацій, виконавчих органів міських рад, питання щодо залучення суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, інших органів, юридичних або фізичних осіб до вирішення проблем осіб, здійснення їх соціального супроводу;
- взяття під соціальний супровід осіб, які перебувають у СЖО, без винесення питання на розгляд дорадчого органу у разі відповідної письмової відмови осіб;
- клопотання про направлення до закладу соціального обслуговування;
- завершення соціального обслуговування (у разі відсутності потреби у подальшій роботі);
- занесення або виведення інформації до/з загального обліку сімей, які опинилися у СЖО.

У разі підтвердження факту перебування сім'ї з дітьми у СЖО центр інформує відповідну ССД для застосування заходів щодо захисту прав та інтересів дитини.

При здійсненні соціального інспектування не допускається розголошення одержаних відомостей про особисте життя осіб.

Соціальний супровід.

Соціальний супровід є формою соціальної підтримки та передбачає надання конкретній особі чи сім'ї комплексу соціальних послуг за результатами проведеного соціального інспектування.

Мета соціального супроводу — подолання життєвих труднощів, мінімізація негативних наслідків чи навіть повне розв'язання проблем сім'ї або особи.

Соціальний супровід передбачає:

- здійснення соціальної допомоги, надання соціальних послуг та соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру проблем;
- соціальне виховання, що включає створення умов та проведення заходів, спрямованих на оволодіння і засвоєння загальнолюдських і спеціальних знань, соціального досвіду з метою формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій;
- психологічну, соціальну та юридичну підтримку, призначенням якої є надання професійної посередницької допомоги у розв'язанні різноманітних проблем;
- консультування, у процесі якого виявляються основні напрями подолання СЖО;
- збереження, підтримку і захист здоров'я сім'ї чи особи, сприяння у досягненні поставленої мети і розкритті їх внутрішнього потенціалу тощо.

До змісту соціального супроводу можуть входити наступні складові:

- фахове оцінювання ситуації та складання плану заходів для подолання основної проблеми сім'ї, особи, моніторинг його виконання;
- допомога в оформленні документів і запитів до відповідних інстанцій;
- сприяння у працевлаштуванні та професійному навчанні дорослих членів сім'ї, особи;
- сприяння в лікуванні та реабілітації членів сім'ї, особи;
- організація догляду за інвалідом, хворим або особою похилого віку в сім'ї;
- допомога у набутті членами сім'ї, особою необхідних соціальних навичок;
- консультації соціального працівника, психолога, юриста, педагога інших фахівців;
- соціально-педагогічна, психологічна корекція;
- надання інформації;
- участь у групах самодопомоги;
- переадресація до окремих спеціалістів або інших закладів;
- психологічна допомога і підтримка, зокрема за принципом «рівний — рів-

ному»;

- сприяння в організації канікул, дозвілля, інших спільних заходів для всієї родини, особи;
- індивідуальне супроводження до служб чи закладів;
- представництво інтересів дитини або членів сім'ї, особи, зокрема недієздатних;
- сприяння в отриманні соціальних виплат, пільг, оздоровленні дітей.

Об'єктами соціального супроводу є:

- сім'ї з дітьми, які опинилися у СЖО і не в змозі подолати їх за допомогою власних засобів та можливостей, у зв'язку з інвалідністю батьків або дітей, вимушеною міграцією, наркотичною або алкогольною залежністю одного або обох з членів сім'ї, перебуванням у місцях позбавлення волі, ВІЛ-інфекцією, насильством у сім'ї, складними стосунками у родині тощо;
- сім'ї, у яких існує ризик передачі дитини до закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- одинокі матері чи батьки (зокрема й неповнолітні), яким потрібна підтримка;
- сім'ї, члени яких є випускниками інтернатних закладів;
- сім'ї, члени яких перебували у виховних, виправних колоніях, слідчих ізоляторах та повернулися з них або були засуджені до покарань без позбавлення волі, відбували альтернативні види покарань;
- діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування (за потреби), та особи з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які є випускниками інтернатних закладів;
- матері (зокрема й неповнолітні), які мали або мають намір відмовитися від новонароджених дітей;
- молоді особи, які перебували у виховних, виправних колоніях, слідчих ізоляторах та повернулися з них або були засуджені до покарань без позбавлення волі, відбували альтернативні види покарань.

Етапи здійснення соціального супроводу.

Початок соціального супроводу.

Соціальний супровід розпочинається на підставі результатів соціального інспектування та інформації, що підтверджує наявність складної життєвої ситуації після рішення дорадчого органу про взяття сім'ї чи особи під соціальний супровід.

Без рішення дорадчого органу сім'ю або особу може бути взято під соціальний супровід за особистим зверненням сім'ї або особи та у випадку письмової відмови від винесення їхнього питання на розгляд дорадчого органу.

Початок соціального супроводу починається після видання центром відповідного наказу, яким призначається спеціаліст, відповідальний за здійснення соціального супроводу.

Обов'язковою умовою взяття сім'ї чи особи під соціальний супровід цен-

тром є згода сім'ї чи особи та укладання договору про здійснення соціального супроводу, в якому зазначаються права та обов'язки кожної із сторін.

Один примірник договору зберігається у центрі, інший отримує сім'я або особа.

На початку здійснення соціального супроводу соціальний працівник відвідує сім'ю або особу з метою комплексного обстеження та здійснення оцінки потреб сім'ї або особи.

Під час комплексного обстеження соціальний працівник вивчає: стан здоров'я, умови розвитку та виховання дитини та ставлення до неї; думки членів сім'ї або особи про проблеми і потреби, шляхи їх подолання; спільно з сім'єю або особою та найближчим її оточенням (родичами) обговорює матеріальні, соціальні та інші можливості щодо подолання СЖО тощо.

За результатом комплексного обстеження сім'ї/особи оформлюється облікова картка сім'ї або особи, яка перебуває під соціальним супроводом.

Планування соціального супроводу.

План соціального супроводу сім'ї або особи (далі — план) складається після здійснення оцінки потреб сім'ї або особи, яка опинилася у СЖО.

У плані зазначаються конкретні заходи, спрямовані на подолання життєвих труднощів.

План узгоджується та підписується усіма повнолітніми членами сім'ї, які братимуть участь у його реалізації, та соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід.

План повинен охоплювати основні сфери функціонування сім'ї, які спрямовані на забезпечення навчання та розвитку дитини, емоційного комфорту, задоволення потреб здоров'я, соціального та фізичного функціонування, дозвілля, спілкування, інтеграції тощо, та містити комплекс заходів щодо забезпечення умов для подолання складних життєвих обставин сім'ї або особи й терміни їх реалізації.

План складається у двох примірниках, один з яких надається членам сім'ї, особі, інший залишається в центрі.

За потреби план (але не рідше одного разу на один місяць) аналізується соціальним працівником за участю членів сім'ї або певної особи.

Здійснення та завершення соціального супроводу.

Соціальний супровід здійснюється на регулярній основі протягом певного періоду.

Термін здійснення соціального супроводу визначається індивідуально для кожної сім'ї або особи, але не повинен перевищувати шести місяців (загалом на практиці супровід триває від 6-12 місяців). Тривалість соціального супроводу залежить від гостроти проблем, які існують у сім'ї чи особи, рівня розвитку адаптаційного потенціалу членів сім'ї або особи, ступеня функціональної спроможності сім'ї або особи щодо самостійного подолання труднощів, рівня розвитку зв'язків із соціальним оточенням тощо.

У разі необхідності за рішенням дорадчого органу термін здійснення супроводу може бути продовжено до одного року.

До здійснення соціального супроводу соціальний працівник може залучати при потребі інших фахівців та використовувати потенціал громади (за згодою).

Після трьох місяців здійснення соціального супроводу проводиться проміжне оцінювання ситуації, на підставі якої за необхідності вносяться зміни до плану, що відображають зміни в потребах та становищі сім'ї.

Коли процес соціального супроводу відповідно до термінів, вказаних у договорі, наближається до завершення, здійснюється моніторингове соціальне інспектування сім'ї або особи, на підставі якого приймається рішення про продовження або завершення соціального супроводу.

Питання щодо продовження здійснення соціального супроводу або його завершення виносяться на розгляд дорадчого органу.

У випадку письмової відмови сім'ї чи особи щодо винесення її питання на розгляд засідання дорадчого органу соціальний супровід може бути продовжено або припинено за рішенням центру.

Після завершення соціального супроводу сім'я/особа в обов'язковому порядку інформується про способи й організації соціальної підтримки, якими вона може скористатися у майбутньому.

За потреби робота із сім'єю продовжується з метою надання необхідних соціальних послуг після завершення соціального супроводу.

У разі виникнення конфліктних ситуацій між соціальним працівником і сім'єю, обставин, які призводять до невиконання плану або ускладнюють його реалізацію, та з метою попередження професійних ризиків, визначення шляхів ефективного соціального супроводу в центрі проводяться наради фахівців. До участі в нарадах запрошуються суб'єкт(и) соціального супроводу.

Послуги, які сім'я може отримати під час соціального супроводу:

інформаційні послуги: надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги), а саме: про види соціальних виплат (якщо сім'я або особа має на них право відповідно до чинного законодавства); надання контактів служб або установ, куди необхідно звернутися за відповідною допомогою; про заклади, які можуть надати послуги, умови отримання соціальних послуг тощо;

психологічні послуги: психологічна діагностика, спрямована на виявлення соціально-психологічних характеристик особистості; надання консультацій з питань психологічного здоров'я та поліпшення взаємин з навколишнім середовищем; обговорення проблем та надання порад з розв'язання соціальних та психологічних проблем; навчання долати труднощі та конфлікти з оточенням; сприяння в запобіганні виникненню непорозумінь та конфліктів між членами сім'ї; організація та координація психотерапевтичних груп та груп взаємодопомоги; психологічна корекція та психологічна реабілітація;

соціально-педагогічні послуги: планування спільно із сім'єю чи особою заходів та дій щодо усунення причин, які спричинили СЖО, моніторинг виконання запланованих дій; виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів членів родини; просвітницька робота щодо всебічного і гармонійного

розвитку дитини; особливостей розвитку сім'ї та сімейних стосунків; навчання батьків ефективним методам виховання, мобілізації власних ресурсів сім'ї для вирішення проблем надалі; допомога батькам у розв'язанні конфліктних ситуацій сімейного виховання; здійснення моніторингу захисту дитини від жорстокого поводження та насильства; педагогічне консультування з питань розв'язання педагогічних проблем сім'ї та її членів; влаштування дитини в клуб, секцію, гурток тощо;

соціально-медичні послуги: посередництво в здійсненні профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів; консультації з питань збереження і зміцнення здоров'я; формування ідеології здорового способу життя й подолання шкідливих звичок; формування сексуальної культури і навичок захищених статевих відносин; профілактика туберкульозу, венеричних захворювань, ВІА/СНІДу; сприяння у підтримці та охороні здоров'я тощо;

юридичні послуги: надання консультацій з питань чинного законодавства, гарантій та пільг; здійснення захисту прав та інтересів сім'ї чи особи; захист прав дитини;

соціально-економічні послуги: допомога в залученні додаткових ресурсів для задоволення матеріальних інтересів і потреб сімей чи осіб, які перебувають у СЖО, що реалізуються у формі сприяння у наданні натуральної допомоги (забезпечення одягом та взуттям тощо); допомога в оздоровленні, сприяння в отриманні державних соціальних виплат, у наданні грошової допомоги, а також допомоги у вигляді грошових компенсацій; інформування з питань працевлаштування та сприяння цьому, навчання; посередництво в наданні гуманітарної допомоги тощо.

Порядок зберігання документів з роботи із сім'ями або особами, яким надається соціальна допомога в ході соціального супроводу.

Центр в обов'язковому порядку зберігає матеріали з результатами роботи з сім'ями або особами, які перебували під соціальним супроводом, для надання довідок та використання з метою, яка не суперечить чинному законодавству.

Термін зберігання документів з роботи з сім'ями або особами, які перебували під соціальним супроводом центру, становить п'ять років з дня припинення соціального супроводу.

Здійснення соціального супроводу.

З метою допомоги сім'ї у подоланні складної життєвої ситуації здійснюється соціальний супровід, який передбачає індивідуальну роботу з членами сім'ї, групову і спільну роботу з усією родиною та значущим оточенням.

1. Термін здійснення соціального супроводу визначається індивідуально для кожної сім'ї і може тривати від 6 до 12 місяців. У разі досягнення позитивних змін та дотримання умов договору про надання послуг, а також потреби в соціальному супроводі термін послуги може бути продовжений ще на шість місяців. Рішення про продовження терміну приймається групою фахівців з ініціативи соціального працівника-координатора у разі згоди/бажання сім'ї надалі виконувати заходи плану супроводу.

2. Соціальний супровід сім'ї здійснюється після звернення сім'ї за отриманням соціальних послуг. Соціальний супровід відбувається на умовах до-

говору між службою та родиною.

3. На початкових етапах соціального супроводу соціальний працівник працює з родиною більш інтенсивно. Бажана кількість годин індивідуальної роботи соціального працівника з кожною сім'єю — не менше 4-х годин на тиждень. У процесі виконання заходів плану соціального супроводу та вирішення окремих проблем інтенсивність роботи соціального працівника щодо супроводу однієї родини може зменшитися до 1 години індивідуальної роботи на тиждень.

4. Після завершення виконання плану соціального супроводу соціальний працівник регулярно, не менше, ніж один раз на півроку, здійснює моніторинг ситуації в сім'ї і стану дитини.

5. Соціальний працівник здійснює регулярні записи щодо виконаних дій та запланованих кроків в особовій справі сім'ї в не пізніше, ніж через 48 годин після індивідуальної зустрічі або іншого контакту з членами сім'ї.

Записи соціального працівника у ході соціального супроводу або надання соціальних послуг повинні містити:

- прізвище фахівця;
- дату і час проведення заходів або контактування з членами сім'ї;
- тип контактування або назву заходу: особиста зустріч у закладі; консультування, візит додому, супроводження, допомога в оформленні документів тощо;
- мета заходу/контактування з клієнтами;
- зміни у становищі клієнтів;
- застосовані дії та кроки;
- заплановані заходи та рекомендації;
- звіти про проведення сесій групової роботи.

Записи використовують для моніторингу, звітності, оцінки діяльності соціального працівника, поточного планування роботи з отримувачем послуг, забезпечення безперервності та наступності роботи у випадку зміни працівника або перенаправлення отримувача до іншого закладу.

Оформлення справи соціального супроводу або справи отримувача соціальних послуг.

- 1) картки отримувача послуг на кожного члена родини, особу;
- 2) копія паспорта особи;
- 3) копії паспортів батьків або осіб, які їх замінюють;
- 4) копія свідоцтва про народження дитини;
- 5) копія свідоцтва про шлюб або розірвання шлюбу;
- 6) копія розпорядження або рішення про призначення опіки, піклування;
- 7) форма-3 або форма-24 (довідка житлово-експлуатаційної контори), або копія договору про оренду житла;
- 8) копії довідок, які надають право на пільги (інвалідність, мати-одиначка, малозабезпечені тощо);

- 9) заява одного з членів сім'ї щодо СЖО;
- 10) акт соціального інспектування сім'ї або особи;
- 11) листи контактування з членами сім'ї, особою;
- 12) копія протоколу Дорадчого органу або наказу ЦСССДМ (Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) щодо початку соціального супроводу;
- 13) угода про соціальний супровід;
- 14) план соціального супроводу;
- 15) звіти про відвідання сім'ї, особи;
- 16) висновки або рекомендації психолога;
- 17) листування з установами та організація щодо питань дитини, сім'ї, особи;
- 18) рішення про припинення соціального супроводу тощо.

Підставою для завершення/припинення супровідної роботи з сім'єю є:

- відмова повнолітніх членів сім'ї від отримання соціальних послуг, яка ґрунтується на впевненості родини у спроможності самостійно подолати проблеми;
- виконання плану роботи з сім'єю і досягнення поставлених цілей (поліпшення життєвої ситуації родини, про що зроблений висновок соціального працівника і зафіксований в особовій справі сім'ї);
- недотримання членами родини умов угоди про надання соціальних послуг;
- позбавлення батьків дитини батьківських прав, вилучення її з даної сім'ї і влаштування до закладу. У цьому випадку здійснюється перенаправлення дорослих членів сім'ї до служб/закладів, які надають соціальні послуги відповідним цільовим групам.

РОЗДІЛ 4

Організаційно-адміністративні аспекти діяльності Центрів, що надають послуги дітям та сім'ям, які опинились у складних життєвих обставинах (СЖО)

- 4.1. Порядок роботи спеціалістів та волонтерів Центру.
- 4.2. Модуль проведення соціальної роботи з вирішення проблеми клієнта.
- 4.3. Стандарти здійснення соціальної роботи.
- 4.4. Організація роботи за зверненням клієнта.
- 4.6. Взаємодія зі спеціалізованим формуванням «Мобільний консультаційний пункт».
- 4.7. Орієнтовні функціональні обов'язки працівників.

Організаційно-адміністративні аспекти діяльності Центрів, що надають послуги дітям та сім'ям, які опинились у складних життєвих обставинах (СЖО)

У зазначеному розділі наведено приклади порядку роботи, стандарти, модулі або алгоритми роботи, які надають можливість структурувати діяльність фахівців Центрів та формулювати завдання роботи для початківців. Ця інформація має використовуватися як поради, який чітко визначає послідовність необхідних дій після того, як дитина або інша особа звернулася до Центру.

Наведені нижче зразки документів можуть бути адаптовані відповідно до специфіки діяльності відповідного Центру.

4.1. Орієнтовний порядок роботи фахівців та волонтерів Центру

У Центрі за індивідуальними планами з клієнтами працює _____ (кількість) соціальних працівників. Перебувають клієнти в Центрі до _____ (термін перебування) залежно від часу, необхідного для вирішення проблем (повернення додому, влаштування до притулку, іншого Центру чи закладу).

Рішення про завершення та тривалість перебування клієнта приймається керівником/адміністратором спільно зі спеціалістом, який працює з клієнтом.

Збільшення тривалості проживання чи перебування (більше _____ терміну перебування) з метою вирішення проблем клієнта можливе лише за погодженням з директором, спеціалістом ССД чи ЦСССДМ (якщо це спільний проект, програма або є договір про взаємодію з ССД чи ЦСССДМ).

Під час проживання або перебування у Центрі клієнти отримують соціально-економічні, соціально-педагогічні, соціально-психологічні, соціально-правові, соціально-медичні, інформаційно-консультаційні послуги індивідуально чи у групі.

1. Розміщення приміщень та їх функціональне призначення за адресою _____.

- кімната №1 (туалетне приміщення) — для використання клієнтами та відвідувачами (за чистотою та порядком спостерігає черговий соціальний працівник);

- кімната №1-а — для санітарно-гігієнічних процедур та проведення первинного медичного огляду: лівий кут кімнати обладнано для проведення санітарно-гігієнічних процедур (прийняття душі, прання особистих речей), правий кут приміщення обладнано для проведення первинного медичного огляду та надання медичної допомоги за зверненням чи потребою. Опис майна знаходиться у чергового, він також спостерігає за чистотою та порядком;
- коридор: у ньому наявний інформаційний стенд з роздатковим матеріалом для клієнтів та відвідувачів соціальної служби;
- кімната №2 — вітальня: кімната групової роботи спеціалістів, проведення освітньо-профілактичної роботи з дітьми та молоддю, місце тимчасового відпочинку клієнтів, обладнання кімнати відповідає опису майна (знаходиться у керівника Центру), в кімнаті знаходиться телевізор, комп'ютер, настільні ігри, стіл, м'який куточок. У вітальні соціальний працівник проводить бесіду для отримання більш докладної та повної інформації від клієнта. Також в цій кімнаті дитина або інша особа має змогу прийняти їжу;
- кімната №3 — адміністративна: розміщення робочого місця чергового соціального працівника та спеціаліста, який працює в нічну зміну, (ключ зберігається у чергового соціального працівника, видається за вимогою відповідних спеціалістів), обладнання кімнати відповідає опису майна (знаходиться у керівника), у кімнаті зберігаються особисті речі фахівців, інформаційні матеріали та документація, що визначено умовами роботи; наявний службовий телефон для проведення інформаційно-консультаційної роботи;
- кімната №4 — для відпочинку: кімната для відпочинку клієнта використовується за розпорядком дня чи за потребою (ключ зберігається у чергового соціального працівника, видається за потребою), обладнання кімнати відповідає опису майна (знаходиться у керівника). Також в кімнаті зберігаються особисті речі клієнта під час тимчасового перебування у Центрі ;
- коридор між кімнатами №3 та №4: розміщений інформаційний стенд щодо правил перебування у Центрі та розпорядку дня.

Побутові умови передбачають самообслуговування, чергування з метою прибирання приміщення Центру.

В усіх приміщеннях Центру палити та вживати алкогольні напої, токсичні речовини (фахівцям, працівникам, відвідувачам, клієнтам) суворо заборонено.

2. Документація, що підтверджує інтенсивність, зміст роботи: відповідальність за ведення та зберігання документації.

2.1. Черговий соціальний працівник відповідальний за:

- журнал обліку контактних звернень та надання соціальних послуг (протягом дня, цілодобово);
- рекомендаційний перелік організацій, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам Центру;
- інформаційний стенд для клієнтів та роздатковий матеріал.

2.2. Соціальний працівник-керівник відповідальний за:

- графік роботи спеціалістів;

- угоди з установами, закладами, організаціями;
- нормативні документи;
- індивідуальні плани, трудові угоди, звіти залучених працівників;
- журнал з техніки безпеки;
- план проведення групових занять у Центрі;
- картки обліку отримувачів соціальних послуг (усі картки видає фахівцям для проведення роботи та її обліку);
- справи клієнтів (усі справи видає фахівцям для проведення роботи та її обліку);
- відгуки клієнта за зверненнями;
- рекомендаційний перелік організацій, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам Центру тощо.

2.3. Соціальний працівник відповідальний за:

- план проведення групових занять у Центрі та матеріали до нього;
- картки обліку отримувачів соціальних послуг (отримує у керівника для проведення роботи та її обліку);
- справи клієнтів (отримує у керівника для проведення роботи та її обліку);
- матеріали для проведення змістовного дозвілля;
- відгуки клієнта за зверненнями;
- рекомендаційний перелік організацій, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам Центру.

2.4. Психолог відповідальний за:

- план проведення корекційних занять у Центрі;
- картки обліку отримувачів соціальних послуг (отримує у керівника для проведення роботи та її обліку);
- результати діагностики;
- заключення (висновки);
- матеріали для проведення тестування та діагностики;
- рекомендаційний перелік організацій, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам Центру;
- відгуки клієнта за зверненнями.

2.5. Медичний працівник відповідальний за:

- план проведення медичного огляду клієнтів;
- картки обліку отримувачів соціальних послуг (отримує у керівника для проведення роботи та її обліку);
- журнал обліку видачі медичних препаратів;
- результати обстежень та аналізів;
- заключення (висновки) лікарів;
- матеріали для проведення тестування;
- рекомендаційний перелік організацій, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам Центру;

- відгуки клієнта за зверненнями.

3. Схема роботи з клієнтами Центру «_____».

3.1. Центр працює цілодобово. Вхідні двері у приміщення (з вулиці) повинні бути відчинені з 7.00 до 22.00. З 22.00 до 7.00 двері зачиняє черговий, який слідує за рухом клієнтів та відчиняє двері за потребою.

3.2. Кожен з працівників Центру обов'язково носить бейдж, в якому зазначено посаду, ім'я, по батькові.

3.3. Черговий соціальний працівник називає своє прізвище та ім'я, запрошує відвідувача пройти у приміщення та пояснити основну причину звернення до Центру.

3.4. Усі відвідувачі отримують соціальну допомогу щодо вирішення першочергових потреб в межах компетенції Центру. До першочергових потреб належать: інформаційно-консультативні, соціально-педагогічні, соціально-економічні (їжа, одяг та засоби особистої гігієни), санітарно-гігієнічні, соціально-медичні. Якщо дитина потребує відпочинку чи тимчасового перебування в Центрі з метою вирішення проблеми, то вона повинна здійснити санітарно-гігієнічні процедури.

3.5. Соціальний працівник проводить візуальний огляд відвідувача, який звернувся за допомогою (за потребою пропонує послуги санітарно-гігієнічного характеру (кімната №1-а). У випадку необхідності отримання послуги санітарно-гігієнічного характеру клієнт отримує особисті засоби гігієни та усний інструктаж щодо правил користування обладнанням кімнати. Дитині до 5 років соціальний працівник надає допомогу при проведенні санітарно-гігієнічних процедур. Дитині від 5-7 років допомога соціального працівника надається за потребою. Діти від 7-18 років санітарно-гігієнічні процедури проводять самостійно. Дитина з функціональним обмеженням отримує допомогу соціального працівника незалежно від віку. Якщо клієнт потребує сторонньої допомоги при проведенні санітарно-гігієнічних послуг, вона надається соціальним працівником відповідної статті. Особа санітарно-гігієнічні процедури проводить самостійно.

Дитині, іншій особі необхідно пропонувати прання або знищення особистого одягу (у випадку, коли він має незадовільний вигляд):

- якщо дитина погодилась прати одяг, соціальний працівник робить опис та видає речі до пральні (опис долучається до справи дитини разом з переліком виданого чистого одягу);
- у разі, коли дитина дає згоду на знищення одягу, соціальний працівник надає поліетиленовий пакет, куди дитина власноруч складає свої брудні речі та після проведення санітарно-гігієнічних процедур відносить до смітцевого баку (до справи вноситься відмітка про знищення одягу та перелік виданого чистого);
- якщо відвідувач не потребує санітарно-гігієнічної послуги, то черговий соціальний працівник пропонує зачекати (для цього наявні спеціально приготовлені вільні стільці) та ознайомитися з матеріалами міського Центру соціальних служб для молоді (інформаційний стенд, роздатковий матеріал). Черговий соціальний працівник просить відвідувача підтриму-

вати тишу, чистоту, а також пропонує зручні умови для перебування під час з'ясування питання, з яким звертається, знайомить з правилами перебування в Центрі, пропонує взяти тільки ті інформаційні матеріали, які необхідні відвідувачу, після з'ясування проблем вносить запис до журналу звернень та надання соціальних послуг.

3.1. Після цього необхідно з'ясовувати проблему клієнта та визначити основні етапи подальшої роботи.

3.7. Черговий соціальний працівник ознайомлює відвідувача з діяльністю Центра, правилами перебування та прояснює потребу у підтримці спокою, тиші, чистоти.

3.8. Соціальний педагог Центру заповнює картку клієнта.

3.9. Якщо дитина готова піти з вулиць та повернутися до сім'ї чи закладу або щоб її прийняли/влаштували до закладу чи установи, соціальний працівник супроводжує її до шкірно-венерологічного диспансеру з метою отримання довідки.

3.10. Щодо вирішення питань клієнта соціальним працівником надсилаються листи до державних установ та організацій, які мають повноваження та функції щодо допомоги у вирішенні проблемних питань, які призвели до залишення дитиною дому чи освітнього закладу.

3.11. Документи, які необхідні для прийому дитини в Центр:

— *від гитини:*

- заява за умови, що дитина може самотійно її написати;
- маленькі діти приймаються за фактом звернення або виявлення на вулиці.

— *від батьків або осіб, які їх замінюють:*

- заява;
 - копії паспорта та свідоцтва про народження;
 - свідоцтво про шлюб або розірвання шлюбу.
- *від Кримінальної міліції у справах дітей (КМСД):*

- постанова про розміщення дитини до Центру;
- довідка зі шкірно-венерологічного диспансеру.

— *від ССД:*

- лист-направлення;
- довідка зі шкірно-венерологічного диспансеру.

— *від громадян:*

- заява про прийняття дитини до Центру.

— *від інших державних, благодійних, громадських організацій та установ:*

- довідка зі шкірно-венерологічного диспансеру;
- заява про прийняття дитини до Центру або лист-направлення;
- акт прийому/передачі.

Документи, які необхідні для передачі дитини з Центру:

— *до сім'ї:*

- паспорт чи посвідчення особи батьків або осіб, які їх замінюють;

- свідоцтво про народження дитини;
- свідоцтво про шлюб або розірвання шлюбу;
- акт прийому/передачі.
- *до закладу освіти:*
- доручення від адміністрації закладу освіти;
- паспорт чи посвідчення особи;
- акт-прийому передачі.
- *представнику ССД:*
- лист-доручення від ССД;
- паспорт чи посвідчення особи;
- акт прийому/передачі.
- *представнику Кримінальної міліції у справах дітей:*
- лист-доручення, постанова від КМСД;
- паспорт чи посвідчення особи;
- акт прийому/передачі.
- *представнику Управління у справах сім'ї та молоді:*
- доручення від голови (заступника голови, начальника відділу УССМ) міської (районної, обласної) державної адміністрації;
- посвідчення особи;
- акт прийому/передачі.
- *представнику іншої організації або закладу тощо:*
- доручення;
- посвідчення особи;
- акт прийому/передачі.

4. Основні види взаємодії фахівців:

4.1. Черговий соціальний працівник зобов'язаний пояснити клієнту правила та графік надання послуг у Центрі.

4.2. При потребі соціальний працівник супроводжує клієнта до необхідної медичної установи, центру зайнятості, відділу паспортної реєстрації, спеціалізованої соціальної служби, яка працює в мережі ЦСССДМ тощо, про що робляться відповідні записи в журналі звернень та надання соціальних послуг, а також у картці клієнта.

4.3. Соціальний працівник-керівник телефоном повідомляє медичний або інший спеціалізований заклад про направлення клієнта (обов'язково про це інформує клієнта) та домовляється про дату, час, коли можливо звернутися у цей заклад, а також видає направлення до цієї установи.

4.4. Працівники Центру при проведенні консультацій використовують рекомендаційний перелік послуг організацій та спеціалізованих служб. Перелік організацій оновлюється і є предметом систематичного поповнення.

4.5. За бажанням клієнта після закінчення консультацій він заповнює

бланк відгуку. Консультанти стимулюють відвідувача до висловлення або написання відгуку.

4.6. У випадку погіршення (під час чергування) стану здоров'я соціального працівника, він повідомляє керівника про неможливість виконання обов'язків та очікує прийняття відповідного рішення про заміну фахівця протягом години .

4.7. Відповіді на телефонні дзвоників здійснюються своєчасно протягом доби. На будь-який дзвінок фахівець повідомляє: «Назва Центру, соціальний працівник, ПП! Добрий день (ранок, вечір, ніч)!». Після прояснення першої потреби за зверненням працівник формулює кваліфіковану відповідь або переадресовує розмову до організацій та спеціалізованих служб, які надають відповідні послуги. Усі телефонні звернення та їх стислий зміст фіксуються в журналі звернень та надання соціальних послуг.

4.8. Усі контакти з представниками ЗМІ відбуваються лише через керівника.

4.9. Обов'язково під час очної консультації повідомляються права клієнта.

4.10. У разі виникнення нестандартних ситуацій черговий соціальний працівник інформує відповідну службу міста (району, села тощо), керівника та відповідального працівника від ССД чи ЦСССДМ (якщо це спільний проєкт, програма або є договір про взаємодію з ССД чи ЦСССДМ).

4.11. Співробітники Центру мають право на відпочинок протягом чергування, але не на сон. Перегляд телевізора включено до часу відпочинку. Перегляд телевізора без знаходження в приміщенні клієнта заборонено.

4.12. Фахівці мають право на прийом їжі (через кожних чотири години чергування протягом 15-20 хвилин, якщо на цей час не припадає групових або індивідуальних консультацій). Після прийому їжі вони повинні прибрати залишки їжі, помити чашки, тарілки, ложки, виделки, витерти стіл та прибрати посуд у спеціальну шафу. Предмети особистої гігієни зберігаються у тому ж місці (у кімнаті №3).

4.13. Працівники Центру власним прикладом демонструють відвідувачам ставлення до майна, чистоти, виконання вимог протипожежної безпеки.

4.14. Під час чергування у приміщенні Центру спеціалісти відповідають за охайне та цільове (за призначенням) використання майна.

5. Права фахівців.

Соціальний працівник-керівник має право:

5.1. Брати участь у розгляді питань і прийнятті рішень у межах своєї компетенції.

5.2. На безпечні та належні умови праці.

5.3. Отримувати від відповідального спеціаліста ССД, ЦСССДМ (якщо це спільний проєкт, програма або є договір про співпрацю), не менше двох разів на місяць супервізію або консультацію.

5.4. Давати розпорядження черговому соціальному працівнику.

5.5. Вносити свої пропозиції щодо поліпшення діяльності Центру (в письмовій або усній формі).

Черговий соціальний працівник має право:

- 5.6. Одержувати необхідну інформацію для виконання своїх обов'язків.
- 5.7. Приймати рішення у межах своєї компетенції.
- 5.8. Бути присутнім на нарадах, на яких розглядається питання, що стосуються діяльності Центру.
- 5.9. Отримувати від керівника не менше двох разів на місяць супервізію або консультацію.
- 5.10. Вносити свої пропозиції щодо поліпшення діяльності Центру (у письмовій або усній формі).

6. Відповідальність. Керівник, черговий соціальний працівник, фахівці, психолог, юрист, медичний працівник несуть відповідальність за:

6.1. Дотримання вимог Конституції України, законодавчих актів та вимог посадової інструкції, цього положення.

6.2. Несуть відповідальність за життя та здоров'я дитини під час перебування її у Центрі «_____».

6.3. Забезпечення ефективної роботи та виконання планових завдань відповідно до компетенції (стандартів соціальної роботи).

6.4. Безпосереднє виконання покладених функціональних обов'язків, що вписані в положенні про _____, своєчасне і якісне виконання рішень, наказів керівника Центру.

6.5. Сумлінне виконання власних обов'язків.

6.6. Використання за призначенням та збереження майна, що надане для виконання трудових обов'язків та правил техніки безпеки, протипожежної безпеки.

7. Права і обов'язки клієнтів Центру. Клієнт має право на:

7.1. Отримання безкоштовних, кваліфікованих інформаційно-консультаційних, соціально-педагогічних, соціально-психологічних, соціально-економічних, соціально-медичних, санітарно-гігієнічних, соціально-правових послуг за запитом.

7.2. Проведення індивідуального консультування, групових занять з метою формування здорового способу життя та профілактики небезпечної поведінки серед дітей та підлітків.

7.3. Направлення чи супровід при потребі до інших закладів та установ, що є компетентними у вирішенні складного питання.

8. Клієнт зобов'язаний:

- 8.1. Дотримуватись встановленого розпорядку дня.
- 8.2. Дотримуватися загальних норм та правил культури поведінки, з повагою ставитись один до одного.

8.3. Цінувати та поважати роботу, час соціальних працівників та інших працівників Центру.

8.4. Чітко виконувати вказівки соціальних працівників Центру.

8.5. Дотримуватись норм і правил протипожежної безпеки, техніки безпеки при користуванні електроприладами та побутовою технікою, економно витрачати електроенергію, воду.

8.6. Направляти всі свої зусилля на те, щоб вирішити проблему.

8.7. Дотримуватись санітарно-гігієнічних норм і правил, бути охайним, підтримувати чистоту в місцях загального користування.

8.8. Не вживати під час перебування в Центрі алкоголь, наркотичні та токсичні речовини.

9. РЕЖИМ ДНЯ клієнтів, які тимчасово перебувають

у «_____»

08-00 – 08-30. Підйом, гігієнічні процедури.

08-30 – 09-00. Прибирання приміщень.

09-00 – 10-00. Сніданок.

10-00 – 12-00. Корегування планів надання соціальної допомоги клієнтам.

12-00 – 15-00. Індивідуальні та групові соціально-педагогічні, інформаційно-довідкові, соціально-медичні консультації та тренінги.

15-00 – 16-30. Обід.

17-00 – 19-00. Індивідуальні та групові соціально-педагогічні, соціально-психологічні, інформаційно-довідкові, соціально-медичні, соціально-правові консультації та тренінги.

19-00 – 20-00. Вечеря.

20-00 – 21-30. Перегляд інформаційних програм, телевізійних передач.

21-30 – 22-00. Підготовка до сну.

4.2. Модуль проведення соціальної роботи з вирішення проблеми клієнта

«_____»
(назва центру).

До Центру дитина може прийти самостійно (отримала інформацію від спеціалістів «Мобільного консультативного пункту») або у супроводі представника ЦСССДМ, Кримінальної міліції у справах дітей, ССД або особи, яка її виявила, протягом доби.

При зверненні дитини соціальний працівник здійснює наступні послідовні кроки:

1 крок черговий соціальний працівник називає своє прізвище та ім'я, запрошує відвідувача пройти у приміщення та пояснити основну причину

- звернення до Центру;
- 2 крок соціальний працівник проводить візуальний огляд відвідувача, який звернувся за допомогою (за потребою пропонує послуги санітарно-гігієнічного характеру (кімната №1-а);
 - 3 крок після проведення санітарно-гігієнічних процедур соціальний працівник пропонує відвідувачу гаряче харчування (за бажанням). Після закінчення харчування спеціаліст прибирає залишки їжі, викидає сміття;
 - 4 крок пропонує відвідувачу зручні умови для перебування під час з'ясування питання з яким звертається, знайомить з правилами перебування в Центрі, спеціаліст проводить первинне консультування;
 - 5 крок після цього з'ясовується проблема клієнта та встановлюються основні кроки подальшої діяльності за змістом;
 - 6 крок соціальний працівник Центру заповнює картку клієнта;
 - 7 крок якщо дитина готова піти з вулиць та повернутися/влаштуватися до сім'ї чи закладу соціальний працівник супроводжує до шкірно-венерологічного диспансеру з метою отримання довідки або роз'яснює, як доїхати до лікарні (це за умов того, що дитині не менше 15 років та вона соціально адаптована або мотивована до змін);
 - 8 крок соціальний працівник готує листи до державних установ та організацій, які мають повноваження та функції щодо допомоги у вирішенні проблемних питань, які призвели до залишення дитиною дому чи закладу або телефонує до цих організацій та установ;
 - 9 крок якщо стан здоров'я дитини погіршився, то спеціаліст соціальної роботи повинен викликати невідкладну медичну допомогу;
 - 10 крок на термін тимчасового перебування дитини у Центрі соціальний працівник планує щоденну роботу з дитиною з метою формування соціальної обізнаності щодо свої прав, здорового способу життя, розвитку особистісних якостей, подолання залежностей та формування вміння вирішувати соціальні проблеми;
 - 11 крок якщо для вирішення питання дитини необхідно більший термін, то соціальний працівник готує справу щодо передачі дитини до притулку для неповнолітніх, Центру соціально-психологічної реабілітації тощо.

4.3. Стандарти реалізації соціальної роботи, які можуть бути використані у процесі діяльності Центру

Індивідуальна послуга:

інформаційна (довідкова):	1 особа — 30 хвилин;
інформаційна (просвітницька):	1 особа — 1 година;
інформаційна	1 особа — 1 година;
педагогічна:	1 особа — 1 година;

психологічна:	1 особа — 1 година;
соціально-медична	1 особа — 1 година;
соціально-правова	1 особа — 1 година;
соціально-економічна	1 особа — 30 хвилин.

Групова послуга (захід):

бесіда	1-2 година
консультування	1-2 година
тренінг	2-4 години
семінар	3-6 години
лекція	1-2 година
відеолекторії	2 години
педагогіка вільного часу	2-4 години
організація та проведення свята	4 години
психологічне дослідження	2 години
рейд / соціальне патрулювання	4-5 годин
<u>проведення інспектування сім'ї</u>	1 родина — 1 година або за фактом витраченого часу

Обробка результатів психологічних діагностувань:

індивідуальна послуга	2 години;
групові послуги	4 години.

Проведення первинного медичного огляду, надання першої невідкладної допомоги:

індивідуальна послуга	1 особа — 30 хвилин;
-----------------------	----------------------

4.4. Організація роботи за зверненням клієнта

« _____ »
(назва центру).

1. Кожен із працівників Центру обов'язково носить бейдж, в якому зазначено посаду, ім'я, по батькові.

2. Соціальний працівник називає своє прізвище та ім'я, запрошує відвідувача пройти у приміщення та пояснити основну причину звернення до Центру.

3. Усі відвідувачі отримують соціальну допомогу щодо вирішення їх першочергових потреб у межах компетенції Центру. До першочергових потреб належать: інформаційно-консультативні, соціально-педагогічні, психологічні, соціально-економічні (їжа, одяг та засоби особистої гігієни), санітарно-гігієнічні, соціально-медичні.

4. З метою попередження ускладнень здоров'я дитини медичний працівник проводить первинний медичний огляд та за необхідністю:

- надає первинну медичну допомогу (обробляє голову спеціальними розчинами, обробляє поверхневі ушкодження шкіри);
- рекомендує звернутися до лікаря або в лікарню та супроводжує дитину до лікарні;
- викликає швидку медичну допомогу, якщо вона терміново необхідна та супроводжує дитину до лікарні.

5. Соціальний працівник проводить візуальний огляд відвідувача, який звернувся за допомогою (за потребою пропонує послуги санітарно-гігієнічного характеру). У випадку необхідності отримання послуги санітарно-гігієнічного характеру: клієнт отримує особисті засоби гігієни та усний інструктаж щодо правил користування обладнанням кімнати. Дитині до 7 років соціальний працівник надає допомогу при проведенні санітарно-гігієнічних процедур. Дитині від 7-12 років допомога фахівця надається за потребою. Діти від 12-18 років санітарно-гігієнічні процедури проводять самостійно. Дитина з функціональним обмеженням отримує допомогу спеціаліста соціальної роботи незалежно від віку. У випадку, коли клієнт потребує допомоги при проведенні санітарно-гігієнічних послуг, вона надається соціальним працівником відповідної статті. Дитині пропонується чистий одяг (якщо вона має незадовільний вигляд).

6. Якщо відвідувач не потребує санітарно-гігієнічної послуги, то черговий працівник пропонує відвідувачу зручні умови для перебування під час з'ясування питання, з яким він звернувся, знайомить з правилами перебування у Центрі, пропонує взяти тільки ті інформаційні матеріали, які необхідні відвідувачу. Після з'ясування проблем вносить запис до журналу звернень.

7. Після того, як з'ясовуються проблеми клієнта та встановлюються основні кроки за змістом подальшої діяльності, соціальний працівник Центру заповнює картку клієнта.

8. Фахівець пропонує дитині скористатися індивідуальними послугами Центру (психологічні, соціально-педагогічні, економічні, медичні та інформаційні), а також відвідати тренінги або стати учасником програми педагогіки вільного часу.

9. Протягом дня дитина має можливість отримати саме ті послуги, які їй необхідні, а також поспілкуватися з однолітками, користуватися іграшками, книгами, комп'ютерною технікою (під наглядом соціального працівника) та брати участь у групових заходах (тренінги, відеоекскурсії, арт-терапія). За бажанням дитини соціальний працівник може залучати її до заходів дотримання чистоти та порядку в Центрі.

10. Якщо дитина живе та працює на вулиці, соціальний педагог, психолог, соціальний працівник проводить мотиваційну роботу щодо зміни стилю життя та повернення до повноцінного життя.

11. Якщо дитина виявила бажання піти з вулиці, повернутися додому або інтернату, то соціальний працівник пояснює, як це відбуватиметься (отримання медичної довідки, звернення до притулку або реабілітаційного центру).

12. З метою вирішення питання повернення дитини соціальний праців-

ник супроводжує дитину до шкірно-венерологічного диспансеру з метою отримання довідки та до притулку або реабілітаційного центру. Якщо дитина мешкає у певному населеному пункті, то супроводжує її за відповідною адресою, попередньо з'ясувавши інформацію про ситуацію в сім'ї та передавши її до ЦСССДМ та ССД за місцем проживання дитини.

13. Якщо дитина від 14 років виявляє бажання пройти тестування на наявність ВІЛ-інфекції, то фахівець Центру домовляється про день та час, забезпечує супровід її до Міського Центру СНІД з працівником «Мобільного консультативного пункту» (якщо в місті діє така програма).

14. Після проведення тестування спеціаліст Центру або спеціаліст «Мобільного консультативного пункту» повинен супроводити дитину за місцем проживання та домовитися про подальші зустрічі щодо отримання результату тестів. Працівник пункту повідомляє фахівця Центру щодо дати отримання результату тестів для планування подальшої роботи.

15. Щодо вирішення питань клієнта соціальним педагогом-керівником надсилаються листи до державних установ та організацій, які мають повноваження та функції щодо допомоги у вирішенні проблемних питань, які призвели до залишення дитиною дому чи освітнього закладу, а також здійснюються відповідні телефонні дзвінки з метою прискорення процесу.

4.6. Взаємодія зі спеціалізованим формуванням «Мобільний консультативний пункт»

1. Працівники Центру та пункту постійно взаємодіють з питань профілактики ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді, які переважно перебувають на вулиці.

2. Працівники МКП при проведенні вуличної соціальної роботи надають інформацію щодо діяльності Центру, переадресовують їх туди та за потребою супроводжують дітей та молодь за отриманням комплексних соціальних послуг.

3. При необхідності проведення тестування на наявність ВІЛ-інфекції працівник Центру домовляється про день та час, забезпечує супровід дитини до Міського Центру СНІД з працівником «Мобільного консультативного пункту».

Основні види взаємодії фахівців:

1. Соціальний працівник зобов'язаний пояснити клієнту про правила та графік надання послуг у Центрі.

2. При потребі фахівець із соціальної роботи супроводжує клієнта до необхідної медичної установи, центру зайнятості, відділу паспортної реєстрації, спеціалізованої соціальної служби, яка працює в мережі ЦСССДМ, ССД, про що робляться відповідні записи в журналі звернень та у картці отримувача послуг.

3. Працівники Центру при проведенні консультацій використовують ре-

комендаційний перелік організацій та спеціалізованих служб, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам. Перелік організацій систематично поновлюється.

4. У випадку погіршення (під час чергування) стану здоров'я соціального працівника він повідомляє керівника про неможливість виконання обов'язків та очікує прийняття відповідного рішення про заміну протягом години.

5. Відповіді на телефонні дзвінки здійснюються своєчасно протягом дня. На будь-який дзвінок спеціаліст повідомляє: «Назва центру, соціальний працівник, ПП! Добрий день (ранок, вечір)». Після прояснення першої потреби за зверненням спеціаліст формулює кваліфіковану відповідь або переадресовує розмову до організацій та спеціалізованих служб, послуги яких можуть пропонуватися клієнтам. Усі телефонні звернення та їх стислий зміст фіксуються в журналі звернень.

6. Усі контакти з представниками ЗМІ проводяться тільки через керівника.

7. У разі виникнення нестандартних ситуацій черговий соціальний працівник інформує відповідну службу міста (району, села тощо), керівника та відповідального працівника від ССД чи ЦСССДМ (якщо це спільний проект, програма або є договір про взаємодію з ССД чи ЦСССДМ).

8. Співробітники Центру мають право на відпочинок протягом чергування, але не на сон. Перегляд телевізора без знаходження в приміщенні клієнта заборонено.

10. Співробітники мають право на прийом їжі, якщо на цей час не припадає групових або індивідуальних консультацій.

11. Після прийому їжі співробітники повинні прибрати залишки їжі, помити чашки, тарілки, ложки, виделки, витерти стіл та прибрати посуд у спеціальну шафу. Предмети особистої гігієни зберігаються у тому ж місці.

12. Спеціалісти Центру власним прикладом демонструють відвідувачам ставлення до майна, чистоти, виконання вимог протипожежної безпеки.

13. Під час чергування у приміщенні Центру працівники відповідають за охайне та цільове (за призначенням) використання майна.

Права працівників, відповідальність, права й обов'язки клієнтів дивіться у підрозділі 4.1. «Орієнтовний порядок роботи фахівців та волонтерів Центру»

4.7. Орієнтовні функціональні обов'язки працівників

Посада	Основні функціональні обов'язки
Соціальний педагог-керівник	Надає індивідуальні або групові комплексні соціальні послуги: — соціально-педагогічні; — соціально-медичні; — соціально-економічні (надає гаряче харчування, одяг); — інформаційні; — організовує можливість проведення особисто-гігієнічних послуг (купання, прання та прасування одягу); Проводить вуличну соціальну роботу та патрулювання (за потребою). Планує діяльність на поточний місяць. Обліковує здійснену роботу; Узагальнює та готує статистичні, інформаційні та аналітичні матеріали з питань діяльності Центру.
Соціальний працівник/ соціальний педагог	Надає індивідуальні або групові комплексні соціальні послуги: — соціально-педагогічні; — соціально-медичні; — соціально-економічні (надає гаряче харчування, одяг); — інформаційні; — організовує можливість проведення особисто-гігієнічних послуг (купання, прання та прасування одягу); Супроводжує дітей та підлітків до: шкірно-венеричного диспансеру, лікарні; притулків; Центрів соціально-психологічної реабілітації та інших установ (за потребою). Проводить соціальне інспектування або відвідання дітей з сімей, які опинилися в СЖО (за потребою). Проводить вуличну соціальну роботу та патрулювання (за потребою). Обліковує здійснену роботу.
Психолог	Надає індивідуальні або групові комплексні соціальні послуги: — психологічні; — соціально-педагогічні (надає консультації з питань виховання дітей у сім'ї, догляду за дитиною, виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у СЖО, організація індивідуального корекційного процесу); Бере участь у вуличній соціальній роботі та патрулюванні (за потребою). Планує діяльність на поточний місяць. Обліковує здійснену роботу;
Медичний працівник	Надає комплексні соціальні послуги: — соціально-медичні; — інформаційні: надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); Супроводжує дітей та підлітків до: шкірно-венеричного диспансеру, лікарні. Обліковує здійснену роботу.

Література та джерела:

Закон України «Про органи і ССД та спеціальні установи для дітей» №20 від 24.01.1995 р.

Постанова Кабінету Міністрів України №866 «Типове положення про комісію з питань захисту прав дитини» від 24 вересня 2008 р.

Закон України «Про освіту» №1060-XII від 23.05.1991 р.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» №2801-XII від 19.11.1992 р.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» №2558-III від 21.06.2001 р.

Закон України «Про соціальні послуги» №966-IV від 19.06.2003 р.

Закони України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» №2342-IV від 13.01.2005 р.

Закони України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» №2811-XII від 21.11.1992 р.

Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей» №2623-IV від 02.06.2005 р.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження типових положень про управління у справах сім'ї, молоді та спорту обласної, Севастопольської міської державної адміністрації, про відділ у справах сім'ї, молоді та спорту районної, районної у м. Севастополі державної адміністрації» №78 від 01.02.2006 р.

Накази Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту:

- «Про затвердження Порядку здійснення соціального супроводу центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді сімей та осіб, які опинилися у СЖО» №1795 від 25.04.2008 р.;
- «Про затвердження Порядку здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціального інспектування сімей, дітей та молоді, які перебувають у СЖО» №1480 від 27.05.2010 р

Спільні накази:

Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та науки України, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства транспорту та зв'язку України, Державного департаменту України з питань виконання покарань «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, які опинилися у складних сімейних обставинах» №1983/388/452/221/556/596/106 від 14.06.2006 р.

Райкус С. Джудит, Хьюз С. Рональд.. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска. Практик. пособие: В 4-х т. — М., 2008.

РОЗДІЛ 5

Особливості психічного розвитку дітей, які опинились у СЖО (СЖО)

- 5.1. Вплив СЖО у сім'ї на процес формування особистості дитини.
 - Види насильства та його індикатори.
- 5.2. Негативні поведінкові особливості дитини як наслідок впливу СЖО.
 - Девіантна поведінка. Коротка психологічна характеристика основних видів девіантної поведінки.
 - Агресивна поведінка.
 - Делінквентна поведінка.
 - Залежна (адиктивна) поведінка. Феномен співзалежності.
 - Суїцидальна поведінка. Вікові особливості суїцидальної поведінки.
- 5.3. Акцентуації характеру.
- 5.4. Сфери розвитку дитини відповідно до вікових груп. Вплив жорстокого ставлення до дітей на їх розвиток.
- 5.5. Соціальна робота з дітьми, які переживають втрату.
- 5.6. Специфіка соціально-психологічної роботи з дітьми, які опинились у СЖО.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ЯКІ ОПИНИЛИСЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ (СЖО)

5.1. Вплив СЖО у сім'ї на процес формування особистості дитини

Сім'я є первинним соціальним осередком для дитини і транслятором ціннісно-нормативної орієнтації. Від батьків істотно залежить коло духовних потреб дитини, її інтереси, ставлення до себе та до інших людей, майбутня життєва спрямованість та життєва позиція, характер емоційних переживань. Оскільки члени сім'ї пов'язані між собою емоційними зв'язками, тому саме в родині виникають найбільш сприятливі умови для всебічного розвитку дитини. Діти дуже тонко відчувають ставлення до них дорослих. Емоційні зв'язки між дорослими та дітьми у родині є провідними факторами виховного впливу на дитину. Так, афективна насиченість спілкування між членами сім'ї, переживання позитивних та негативних емоцій істотно відбивається на самопочутті дитини, її світосприйманні та усвідомленні образу близьких дорослих. Від атмосфери в сім'ї, від морального обличчя батьків значно залежить спрямованість активності дитини, її позитивне або негативне самопочуття, характер особистісних очікувань щодо оточуючих людей.

Тобто процес, в ході якого людська істота з певними біологічними задатками шляхом засвоєння системи знань, норм і цінностей набуває якостей, необхідних для її життєдіяльності в суспільстві, називається соціалізацією. Це процес становлення людини в системі соціальних відносин як компонента цієї системи, тобто людина стає частиною соціальної спільноти, якої-небудь групи людей, організації. В ході соціалізації відбувається засвоєння дитиною елементів культури, соціальних норм та цінностей, на основі яких формуються якості особистості.

Отже, соціалізація є одним із провідних процесів формування особистості, що визначається *якістю соціальної ситуації розвитку дитини*, а також опосередковується спілкуванням та спільною діяльністю дитини з іншими людьми, насамперед з батьками (чи іншими важливими дорослими, що їх замінюють).

Уперше термін «несприятлива соціалізація» використав американський психолог Н. Смелзер, розуміючи при цьому порушення процесу комунікації в соціальному середовищі дитини. Несприятлива соціалізація дитини проявляється в її соціальній дезадаптації і є наслідком дії переважно таких «негативних» психологічних механізмів, як сором та провинна. Отже, несприят-

лива соціалізація — це такий процес соціалізації людини, в результаті якого суб'єкт неадаптований до свого соціального середовища. Це проявляється у нездатності людини продуктивно виконувати свою провідну діяльність, задовольняти свої основні життєві потреби, вступати в продуктивне спілкування, відповідати прийнятним рольовим очікуванням у міжособистісних відносинах з іншими тощо. Соціальна дезадаптація означає порушення процесу активного пристосування індивіда до умов соціального середовища за наявності хибного або недостатньо розвиненого уявлення людини про себе та свої соціальні зв'язки. Відповідно за умов негативної соціалізації в сімейному середовищі, тобто складних життєвих обставин, дитина, як правило, засвоює систему деструктивних моральних норм.

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» №966-IV від 19 червня 2003 р. **складні життєві обставини (СЖО)** визначаються як обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо).

У соціально-психологічній та педагогічній науці сім'ї умовно поділяють на благополучні та неблагополучні. Сімейне благополуччя визначається високим рівнем внутрішньосімейної моральності, духовності, задоволеності емоційно-психологічних потреб усіх її членів сім'ї. Воно залежить не стільки від матеріально економічної забезпеченості сім'ї, її прибутків, скільки від гуманізму взаємовідносин, вміння любити і поважати одне одного. У благополучній сім'ї взаємоповага і взаєморозуміння формують позитивну моральну атмосферу, яка забезпечує душевний комфорт і врятовує під час нервових перевантажень, стресів як дорослих, так і дітей. Відповідно дитина зростає доброзичливою, гуманною, спокійною та оптимістичною. Діти цінують поради і допомогу батьків, наслідують їх особистий приклад.

На противагу благополучним визначають неблагополучні сім'ї, які в силу тих чи інших причин повністю або частково втратили свої виховні можливості. Внаслідок чого складаються несприятливі умови для виховання та розвитку особистості дитини. До неблагополучних сімей належать: 1) сім'ї, де батьки зловживають спиртними напоями, ведуть аморальний спосіб життя, вступають у конфлікт з морально-правовими нормами суспільства; 2) сім'ї з низьким морально-культурним рівнем батьків; 3) сім'ї зі стійкими конфліктами у взаємостосунках між батьками, батьками та дітьми; 4) неповні сім'ї; 5) сім'ї зовні благополучні, які допускають серйозні помилки, прорахунки в системі сімейного виховання внаслідок невміння будувати правильні взаємини між членами сім'ї, низької педагогічної культури та неосвіченості. Відповідно кожна неблагополучна сім'я має власну специфіку неблагополуччя. Як правило, вихована за таких несприятливих умов дитина відрізняється негативним ставленням до сім'ї та суспільства в цілому, відсутністю потреб у спілкуванні з батьками, конфліктністю, замкненістю, неадекватною самооцінкою. Таким чином, діти за таких обставин не мають необхідних умов для повноцінного розвитку і потребують посиленої уваги з боку різних соціальних інститутів

суспільства, що є дотичними до даної сім'ї (наприклад, дитячого садочка чи школи, ССД, кризових центрів чи центрів соціально-психологічної реабілітації тощо).

Одним із негативних проявів ставлення до дітей в сім'ях як благополучних, так і неблагополучних (найчастіше) можуть бути **прояви насильства**.

Види насильства та його індикатори.

Практика роботи з дітьми та сім'ями, які опинились у СЖО засвідчує, що на сьогодні в українському суспільстві переважають такі несприятливі умови соціалізації, які супроводжуються проявами насильства щодо дитини. Небезпека полягає в тому, що діти є найбільш незахищеною та вразливою частиною населення, вони повністю залежать від дорослих.

Досить часто насильство щодо дітей має місце у родині. За офіційними статистичними даними відомо, що 30-40% всіх насильницьких злочинів відбуваються у сім'ї. За свідченням дітей, з жорстокістю вони зустрічаються вперше у власній сім'ї, з боку батьків та старших братів і сестер; приблизно в 45-49 % сімей має місце насильство над дітьми.

Під поняттям «**насильство**» на побутовому рівні дорослі розуміють, як правило, лише фізичні покарання, проте це поняття значно ширше та глибше, яке включає різні види поведінки батьків та опікунів, інших родичів, учителів, вихователів та будь-яких осіб, які старші або сильніші.

Розрізняють чотири основних види насильства:

- 1) нехтування основними потребами дитини (моральна жорстокість);
- 2) психологічне (емоційне) насильство;
- 3) фізичне насильство;
- 4) сексуальне насильство.

Одним із небезпечних видів насильства є нехтування, що трактується як хронічна нездатність чи небажання батьків або осіб, які здійснюють догляд, забезпечити основні потреби дитини відповідно до її віку шляхом турботи, харчування, придбання одягу, житла, медичного догляду, надання освіти та забезпечення захисту. Це ставлення є результатом безвідповідальності дорослих. Воно варіюється від випадків, коли батьки залишають дитину одну вдома без догляду на кілька годин, поки вони працюють, до так званих випадків «один вдома», коли дитина залишається без догляду, а батьки від'їздять на вихідні або свята. Найгіршим варіантом є ситуація, коли особа, яка відповідальна за турботу про дитину, не робить того, що потрібно для забезпечення її здоров'я, безпеки та фізичного розвитку. Наприклад, коли дитина голодує чи утримується в холодному приміщенні, коли в неї немає одягу, можливості вчитись тощо. У психолого-педагогічній літературі нехтування дуже рідко розглядається як різновид насильства. Проте незадоволення основних потреб дитини, яке очевидне при психологічному, фізичному та сексуальному насильстві, також є виявом насильства. Нехтування як різновид насильства визнається в тому випадку, коли, наприклад, родина має середній матеріальний достаток і батьки здатні задовольнити соціальні потреби дитини, але не роблять цього. Якщо ж родина перебуває у скрутному матеріальному становищі

й батьки пояснюють дитині, чому вони не можуть її повноцінно нагодувати чи придбати гарний одяг, така ситуація не розглядається як нехтування, тим більше як вияв насильства.

Психологічне насильство розглядається як поведінка, що завдає шкоди емоційному розвитку дитини та її почуттю власної гідності. Психологічне насильство включає словесні нападки, такі як постійна критика, приниження, образи, висміювання, кепкування, піддражнювання та відмова вислухати дитину взагалі. Психологічне насильство також включає нездатність проявити любов та надати підтримку, необхідну для психологічного зростання та розвитку дитини.

До категорії фізичного насильства відноситься дії, що призводять до фізичного травмування дитини: від легких ударів рукою, стусанів, щипання, смикання до крайніх форм фізичного насильства — побиття, шмагання ремнем тощо. Про фізичне насильство можна говорити не лише тоді, коли наявні відповідні ознаки (синці, поранення, переломи тощо), а й тоді, коли його наслідки неможливо виявити одразу. Наприклад, наслідком фізичного насильства може бути синдром «струшеної дитини». Коли дитину трясуть з використанням надмірної сили, це викликає внутрішні крововиливи та пошкодження кісток, але при цьому відсутні зовнішні тілесні прояви пошкоджень. Звичайно, будь-який різновид фізичного насильства завжди супроводжується словесними криками, образами. Відповідно фізичне насильство супроводжується і психологічним кривдженням дітей.

Ще одним із видів насильства є сексуальне насильство — це протиправне посягання дорослих на статеву недоторканість дитини. До даної категорії відносять всі види сексу між дорослими та дітьми, а також примушення дітей займатися сексом між собою з метою отримання задоволення тим, хто за цим спостерігає. Сексуальне насильство та сексуальна експлуатація є одним із найтяжчих порушень прав дитини. За величиною нанесених травм сексуальне насильство та сексуальна експлуатація прирівнюється до тортур і катування. Навіть якщо дитина із задоволенням сприймає дії дорослого, не розуміючи при цьому, що це є злочин, це також є проявом насильства. Так, англійський дослідник проблем сексуального насильства в сім'ї П. Дейл вважає, що в основі будь-якої форми насильства, зокрема і сексуального, лежить насильство емоційне, депривація, відторгнення, яке автор називає особливо небезпечним для розвитку особистості дитини.

Зазвичай, дитина-жертва страждає одночасно від кількох видів насильства. Наприклад, інцест (сексуальне насильство з боку рідних у родині) неминуче супроводжується не лише руйнуванням сімейних стосунків та довіри в сім'ї, маніпулятивними стосунками, а й часто залякуванням з боку кривдника, що кваліфікується як психологічне насильство.

Складовою частиною практично всіх видів насильства є психологічне насильство (загрози, образи), оскільки будь-які негативні дії батьків щодо дитини супроводжуються криками, погрозами, словесними кривдженнями. При цьому найнебезпечнішим для розвитку дитини є саме насильство в сім'ї, яке відбувається зі сторони близького оточення, що повинно б захищати, а не карати. Необхідно зауважити, що насильство доволно породжує всі інші форми жорстокості. Якщо батьки б'ють свою дитину, то одночасно вона зазнає пси-

хологічного (емоційного) насильства, можливі ситуації матеріального і медичного недогляду; їй забороняється жалітися кому-небудь про своє становище. Тому насильство завжди має інтегративний характер впливу на формування та розвиток особистості дитини.

Насильство щодо дітей необхідно класифікувати за наступними ознаками:

- залежно від стратегії кривдника: явне та приховане (непряме);
- за часом: те, що відбувається зараз, і те, що трапилося в минулому;
- за тривалістю: одноразове або багаторазове, що триває довгі роки;
- за місцем та оточенням: вдома — з боку родичів, у школі — з боку педагогів або дітей, на вулиці — з боку дітей або незнайомих дорослих.

Для того, щоб відстежити ієрархію впливу насильства на психічний розвиток дитини, необхідно визначити наслідки насильства залежно від його виду. Зокрема нехтування насамперед негативно впливає на емоційну сферу та сферу самосвідомості дитини. В дитини виникають емоційні переживання самотності, непотрібності, відчуження. Оскільки батьки залишають дитину наодинці у її «виховному просторі», відповідно вони й не навчають її ставити цілі, долати життєві перешкоди. Тому нехтування гальмує розвиток мотиваційної сфери, оскільки у дитини відсутній інтерес до навчання, праці, творчої діяльності тощо. Внаслідок цього уповільнюється розвиток пізнавальної сфери, оскільки в дитини відсутня широка соціальна мотивація до навчання. Проте якщо інтерес до навчання в дитини є, але відсутні засоби для навчання, то у класному колективі вона відчуває сором, безпорадність, комплекс неповноцінності.

Психологічне насильство негативно позначається на емоційній сфері дитини. Дитина відчуває тривогу та небезпеку. Так, Е. Фромм зауважував, що страх значно змінює характер людини, роблячи її нерішучою, невпевненою в собі. Тому, коли батьки застосовують насильство як засіб виховання, діти починають відчувати до їх неприязнь, недовіру, ненависть, агресію тощо. Зазнає негативних деформацій і сфера самосвідомості, оскільки дитина відчуває себе «ніким», отже, формується спотворений образ «Я» дитини. Ще одним із центральних завдань розвитку особистості дитини є формування самосвідомості, тобто саме розуміння того, хто «Я» і яке місце займаю в суспільстві. Однією з передумов встановлення та підтримання бажаних соціальних відносин є здатність регулювати й контролювати власну поведінку, беручи до уваги потреби та почуття інших людей і, водночас, керуючись нормами, прийнятими в даному суспільстві чи в даній культурі. В молодшому шкільному віці все точніше і повніше формується уявлення про власні фізичні й психологічні якості та якості оточуючих, що веде до уточнення й ускладнення образу «Я» та образів інших людей. У жертви (в даному випадку — дитини) закріплюється почуття даремності, нікчемності, непривабливості, неповноцінності. Оскільки дитина не відчуває себе прийнятною, потрібною, на щось здатною, майже припиняється розвиток мотиваційної сфери, оскільки відчуття нездатності гальмує формування інтересу до навчання, праці, творчої діяльності тощо. Тому деформації зазнає й пізнавальна сфера дитини, через відсутність стимулювання інтересу до навчання, праці та спотвореного її образу «Я».

Фізичне насильство негативно позначається передусім на пізнавальній сфері дитини. У молодшому шкільному віці з'являються можливості дитини аналізувати та диференціювати сприйняті предмети, пов'язані із формуванням у неї більш складного виду діяльності, ніж відчуття, — спостереження. Якщо батьки застосовують крайні варіанти фізичного насильства, що призводить до черепно-мозкових травм, мінімальних мозкових дисфункцій, а це є причиною порушення розвитку не тільки емоційної, а й пізнавальної сфери дитини, а потім уже зазнає ураження сфера самосвідомості та мотиваційна. У цьому випадку спостерігається затримка розвитку мислення, розпорошена увага, погіршується пам'ять.

Під впливом сексуального насильства дитина зазнає психічної травми також на рівні емоційної сфери та сфери самосвідомості — виникає депресія та відчуття безнадійності. Можливий вияв недиференційованості емоційної сфери, відчуття провини та сорому, гнів, лють, некерований вибух емоцій взагалі. До того ж можливі думки про самогубство, особливо у підлітковому віці. На рівні сфери самосвідомості дитина відчуває свою нікчемність, бездарність, неприйняття самої себе. Усе це гальмує розвиток мотиваційної та пізнавальної сфер дитини, оскільки відсутній інтерес не лише до навчання, праці, а й до життя взагалі.

Загалом для всіх вікових категорій дітей властиві такі типові прояви, які сигналізують про застосування насильства щодо них, як: затримка фізичного та розумового розвитку, затримка мовленнєвого та моторного розвитку, погана успішність, нервові розлади, енурез, порушення сну, тривожність, різні соматичні захворювання (ожиріння, різка втрата ваги, виразка шлунку, шкірні захворювання, алергії), тривалі пригнічені стани, сумний чи стомлений вигляд, порушення апетиту, постійний голод чи спрага, санітарно-гігієнічна занедбаність, педикульоз, прагнення будь-якими способами, аж до самопошкоджень, привернути до себе увагу оточуючих чи навпаки уникнути цього.

Багаточисленні дослідження вчених (Н.В.Тарабріної, Л.В.Трубіциної, К.Хорні, Е.Г.Ейдемільер та ін.) доводять, що у дитячому віці саме хронічні психотравмуючі ситуації мають найбільш патогенний вплив на розвиток особистості дитини, оскільки вони безпосередньо витікають із сімейних відносин і тісно пов'язані із взаємодією між дітьми та батьками. А.С. Співаковська підкреслює, що патогенний вплив на розвиток особистості має не сам по собі зовнішній вплив (гострий чи хронічний), а його значущість для людини. Оскільки психотравмуючий вплив локалізується не в оточуючому середовищі, а в душі дитини, у її індивідуальному характері сприйняття.

Значний вплив на соціальну адаптацію дитини, її психічний, емоційний та інтелектуальний розвиток, соціальну компетентність має досвід взаємовідносин з членами сім'ї. Якість батьківської турботи, яку отримує дитина в перші роки життя, впливає на її душевне здоров'я в майбутньому. Відповідно порушення емоційних контактів з батьками (зокрема насильство щодо дитини) спричиняє зниження почуття захищеності, відхилення в поведінці та порушення психічного здоров'я, що позбавляє дитину опори в подоланні тривоги і стресів.

За теорією прихильності (Р.Шпіц, Дж.Боулбі, Д.В.Віннікотт, С.Ейнсворт) афективна взаємодія між матір'ю та дитиною сприяє розвитку моторної ак-

тивності, когнітивних процесів і мислення, формуванню навичок самостійного життя. Згідно із зазначеною теорією соціальна підтримка з боку значущого дорослого є важливим фактором психічного і фізичного здоров'я дитини. Діти, які проживають в асоціальних сім'ях, як правило, не мають такої соціальної підтримки на момент втрат та насильства і самотужки переживають ці ситуації, що супроводжуються тривогою, смутком, депресією, агресією тощо (С.О. Белічева, Г.М.Бевз, І.Лангмейєр, З.Матейчик, А.М.Голіков, В.І.Брутман, Т.М.Матковська та ін.). Надмірна травматизація дитини змінює процес її розвитку, викликає різні емоційні та поведінкові негативні реакції, що деструктивно впливають на формування особистості. Тобто несприятливі умови соціалізації включають будь-які дії чи бездіяльність щодо дитини, що призводить до незадоволення потреб її вікового розвитку, порушення прав, інтересів, приниження гідності та деформації розвитку в цілому.

Прояви насильства щодо дітей мають психотравмуючий вплив на їх особистісний та психічний розвиток, а також гальмують процес соціалізації.

Психічна травма як форма переживань відображає значущість травмуючих факторів для особистості. У стресовому процесі виділяють три головні компоненти: зовнішній вплив у формі події; сприйняття та безпосередня оцінка даної події; психічна реакція на подію.

Розрізняють два види психотравм: одноразові та надмірно діючі гострі психічні травми — у дитячому віці це переляк, гострий внутрішньосімейний конфлікт, конфлікт у дитячому садку або школі; тривалі (затяжні) психічні травми (наприклад, насильницька поведінка батьків). Численні дослідження доводять, що в дитячому віці саме хронічні психотравмуючі ситуації справляють найбільш патогенний вплив на розвиток особистості дитини, оскільки вони безпосередньо пов'язані із сімейними відносинами між дітьми та батьками. А.С. Співаковська підкреслює, що патогенний вплив на розвиток особистості має не сам по собі зовнішній вплив (гострий чи хронічний), а його значущість для людини. Психотравмуючий вплив локалізується не зовні, а всередині індивіда. Тому при описанні форм психічної травматизації необхідно вказувати, на кого, на яку особистість, а точніше, на яку систему значущих переживань та особистісних смислів здійснюється цей вплив, тобто для якої дитини й чому дана ситуація виявилась психотравмуючою.

Психотравмуючі ситуації завжди детерміновані зовнішніми умовами, а характер сприйняття негативних зовнішніх чинників (зокрема фізичного покарання) залежить від суб'єктивного сприйняття та віку дитини, її індивідуально-типологічних особливостей і хворобливого життєвого досвіду.

Явище насильства щодо дітей є тією психотравмуючою ситуацією, яка детермінована як зовнішніми умовами (поведінкою батьків, дорослих, ровесників), так і характером сприйняття та переживання дитиною даної ситуації. Вона може сприйматися хронічною психотравмою внаслідок системно діючого ланцюга насильницької поведінки з боку батьків чи іншого близького оточення дитини. У ситуації насильства в дітей спостерігаються переважно такі емоційні стани, як: афект, тривога, страх. Це означає, що в ситуації насильства в дітей передусім страждає їх емоційна сфера. Проте саме ранній емоційний досвід дитини має основоположне значення для формування її особистості. Відчуття нею того, що її люблять, а також захищеності й повного прийняття становить

фундамент розвитку здорової психіки. На жаль, стійке негативне ставлення дорослих і негативна оцінка поведінки дитини хоч і викликають у неї негативні емоційні переживання, проте не підштовхують її до перегляду власних дій, коригування вчинків у тому напрямі, який заданий вимогами батьків. Знову ж таки переконання батьків щодо необхідності виховувати дітей суворо, із застосуванням фізичного покарання є хибним, оскільки це навпаки викликає протест, призводить до неслухняності дітей у молодшому віці, а в підлітковому — є, як правило, першопричиною втягування дітей до вуличного життя.

Загалом вплив насильства на розвиток дітей здійснюється в три етапи. На першому, відразу після травми, особливо, якщо вона мала грубий характер, у дитини розвивається первинна реакція у вигляді хворобливих фізичних та емоційних проявів, які залежно від характеру та довготривалості впливу, віку дитини та її особистісних особливостей можуть мати різний ступінь тяжкості та спектр проявів. У подальшому спостерігається стадія адаптації (акомодації), в процесі якої у дитини випрацьовуються навички, які допомагають їй справлятися з тим, що відбувається. На цій стадії дитина вибирає такі прийоми і форми поведінки, які, як вважає дитина, допомагають їй забезпечити безпеку та зменшити фізичний і душевний біль, тобто вона формує психологічний захист (копінг). Саме на цьому етапі формуються стійкі поведінкові та особистісні порушення, які ускладнюють соціальну адаптацію не лише в дитячому віці, а й у дорослому житті.

Індикатори насильства.

Хоча деякі форми насильства і нехтування складніше виявити, ніж інші, як правило, наявні ознаки (докази), які окремо або разом свідчать, що дитина, можливо, потребує допомоги.

Очевидні два види таких доказів:

Фізичні індикатори.

Ці докази легше виявити і діагностувати. Фізичні індикатори включають аспекти зовнішності дитини і наявність тілесного ушкодження.

Поведінкові індикатори.

Найчастіше дитяча поведінка або емоційні реакції можуть свідчити про насильство або нехтування. Ці докази можуть бути у формі розігрування поведінки, поведінки, яка є способом дитини подолати або приховати насильство або нехтування, або поведінки, яка доводить наявність проблеми, пов'язаної з розвитком, або емоційний дистрес. Поведінкові індикатори важче виявити й інтерпретувати, ніж фізичні.

Не варто намагатись визначити, чи піддавалася дитина насильству і нехтуванню, якщо ви не фахівець у цій сфері. Безпека дитини і серйозність твердження про здійснені над нею насильства і нехтування є важливим, критичним аспектом, адже саме навчений і досвідчений соціальний працівник або лікар можуть професійно проаналізувати ситуацію. Ви можете допомогти, знаючи, де і у кого можна отримати цю допомогу.

Якщо до Вас звернулася дитина, яка, на Вашу думку, є жертвою насильства, то ви зобов'язані негайно повідомити про це в ССД, ЦСССДМ і КМСД для отримання допомоги і захисту прав дитини.

Пам'ятайте, що кожен випадок індивідуальний, зважаючи на його причини і результати.

Важливо відмітити, що індикатори нерідко відрізняються залежно від віку дитини.

Підказки до виявлення фізичного насильства.

Фізичні індикатори:

- ☐ Незрозуміле, хронічне або повторне побиття. *Зверніть особливу увагу на синяки:*
- ☐ На обличчі, горлі, верхній частині руки, сідницях, стегнах або внизу спини.
- ☐ Незвичайні форми синяків, які можуть вказувати на інструмент (петля, удар батоном, лінійні, круглі або прямокутні мітки).
- ☐ На немовлятах.
- ☐ У формі укусу або щипка.
- ☐ Коли вони схожі на гроно.
- ☐ На різних стадіях загоєння (від фіолетових до коричневих).

Незрозумілі опіки.

Будьте особливо уважні:

- ☐ Опіки від цигарок. Цей вид опіку є круглим і часто знаходиться на долонях дитини, підшвах ніг, на геніталіях і животі.
- ☐ Опіки від занурення. Ці опіки характеризуються межовими лініями і часто знаходяться на сідницях, на статевих органах і на кінцівках. На руках і ногах опіки можуть мати форму рукавички або шкарпетки; на сідницях опіки від занурення часто будуть у формі пампушки.
- ☐ Опіки у формі мотузки.
- ☐ Опіки у формі предмета домашнього вжитку.

Непояснені кісткові ушкодження.

Кісткові ушкодження, що виникають у результаті фізичного насильства, часто передбачають:

- ☐ Травми лицьової структури, черепа й кісток навколо суглобів.
- ☐ Переломи і дислокації, викликані серйозним ударом, скручуванням або натягуванням руки або ноги.
- ☐ Будь-яка травма скелета у немовляти.

Інші непояснені або повторні ушкодження.

Ушкодження, що виникають у результаті фізичного насильства, часто включають:

- ☐ Розриви, рубці, шрами, мітки від людських укусів або щипків.

- ☐ Відсутність зубів, надколоти або ослаблені зуби; надірвана тканина ясен, губ, язика і шкіри навколо рота.
- ☐ Втрата волосся, наявність залисин.
- ☐ Розірвана барабанна перетинка.
- ☐ Крововилив у сітківці ока.
- ☐ Ушкодження у черевній порожнині.

Поведінкові індикатори:

- ☐ Поведінкові крайнощі (відчуження, агресія, регрес).
- ☐ Надмірний страх щодо батьків або тієї людини, яка доглядає її, замінює батьків.
- ☐ Незвичайна сором'язливість, страх фізичного контакту (присідання, відскакування, ухиляння від обіймів).
- ☐ Антисуспільна поведінка, токсикоманія, прогули і втечі.
- ☐ Небажання повертатися додому.
- ☐ Віра в те, що покарання заслужене.
- ☐ Коли дитина пропонує, що б інших дітей карали більш жорстоко.
- ☐ Розкриття жертвою чинника насильства.
- ☐ Депресія, сильний плач.
- ☐ Неправдоподібне або непослідовне пояснення ушкоджень.
- ☐ Спроба приховувати ушкодження.

Підказки для виявлення сексуального насильства.

Фізичні індикатори:

- ☐ Соматичні скарги, включаючи біль і подразнення на геніталіях.
- ☐ Хвороби, які передаються статевим шляхом.
- ☐ Вагітність.
- ☐ Синяки або кровотечі на геніталіях, піхві або анальному отворі.
- ☐ Виділення з геніталій.
- ☐ Розірвана, заплямована або скривавлена нижня білизна.
- ☐ Часті, незрозумілі ангіни, грибок або інфекції сечових шляхів.

Поведінкові індикатори:

- ☐ Розкриття жертвою фактора насильства.
- ☐ Погані стосунки з однолітками, невміння спілкуватися з ними.
- ☐ Регресивна поведінка, ознаками якої є смоктання великого пальця, нічне нетримання сечі, страх перед темрявою або незвичайна прихильність до улюбленої іграшки.
- ☐ Раптова зміна поведінки.
- ☐ Розбещеність або дуже сексуалізована поведінка.

- ☐ Мастурбація, заняття онанізмом.
- ☐ Агресія або делінквентна поведінка.
- ☐ Прогули або хронічні втечі (старшокласники і підлітки)
- ☐ Проституція.
- ☐ Токсикоманія.
- ☐ Важко ходити.
- ☐ Небажання брати участь у розвагах.
- ☐ Якщо маленьку дитина цікавлять сексуальні органи батьків або інших дітей.
- ☐ Постійні кошмари, поганий сон і страх темряви.
- ☐ Незвичайний і невідповідний віку інтерес до сексуальних явищ.
- ☐ Невідповідні віку способи вираження прихильності.
- ☐ Уникнення роздягання і носіння значної кількості одягу.
- ☐ Раптове уникнення певних знайомих дорослих або небажання відвідувати окремі місця.
- ☐ Раптове погіршення успішності у школі.

Підказки для виявлення емоційного насильства.

Окрім відверто дикої і ненормативної поведінки, є широкий спектр думок відносно того, що є емоційним насильством і нехтуванням. Деякі стверджують, що шльопання — принизливий досвід, що ображає дитину, тоді як інші розцінюють фізичне покарання як необхідну батьківську поведінку. Тут варто розглянути критерії ідентифікації емоційного поганого поводження з дітьми, закріплені в Дитячому законі про захист дитини, розробленому Національним Центром по роботі з насильством і нехтуванням над дітьми, прийнятому в Канаді.

Критерії ідентифікації:

- ☐ Емоційне насильство викликає емоційну або розумову травму.
- ☐ Ефект емоційного насильства поводження може відбиватись на неправильній поведінці дитини.
- ☐ Ефект емоційного насильства поводження призводить до розумових порушень у дитини.
- ☐ Ефект емоційного насильства тривалий, а не тимчасовий.

Фізичні індикатори:

- ☐ Порушення в їжі, включаючи огрядність або анорексію.
- ☐ Порушення мовлення (заїкання або запинки).
- ☐ Затримки в розвитку мовлення або моторних навичок.
- ☐ Вага і зріст набагато нижчі норми.
- ☐ Плоскі або лисі плями на голові у немовляти.
- ☐ Часта блювота.
- ☐ Нервові розлади, такі як: кропив'янка, висип, лицьовий тік або болі в жи-

воті.

Поведінкові індикатори:

- ☐ Погані звички, такі як: биття, розгойдування, гойдання головою.
- ☐ Регресивна поведінка, ознаками якої є смоктання великого пальця, дитячий лепет, нетримання сечі ночами, дитина шкільного віку не регулює фізичні потреби.
- ☐ Погані стосунки з однолітками.
- ☐ Відчуження і самоізоляція.
- ☐ Жорстока поведінка, здається, що дитина отримує задоволення, завдаючи шкоди іншим дітям, дорослим або тваринам; схоже, що дитині подобається, коли з нею погано поводяться.
- ☐ Токсикоманія, ризикована поведінка, спроби самогубства, серйозна депресія, проституція, правопорушення.
- ☐ Підпали.
- ☐ Поведінка не відповідає віку.
- ☐ Втрата контакту з реальністю, часте мріяння, галюцинації, фантазування.
- ☐ Поведінкові крайнощі: надто часто обурюється і вимагає; відчужений — агресивний; байдужий — занадто збуджений.

107

Підказки до виявлення нехтування.

Індикатори нехтування необхідно розглядати у контексті культурних норм батьків і фінансової здатності забезпечувати усім необхідним. Нездатність забезпечити дитину усім через бідність не завжди означає нехтування. Оскільки багато ситуацій нехтування підлягають серйозному аналізу, Ви повинні остерігатися використовувати особисті цінності як стандарт ухвалення рішення. Замість цього дайте відповідь собі щодо дитини на деякі питання, а саме:

- ☐ чи достатньо вона контрольована?
- ☐ чи одягнена вона відповідно до погоди?
- ☐ чи чиста вона і чи дотримується гігієни?
- ☐ чи отримує необхідне медичне обслуговування?
- ☐ чи заповнюється його потреба у харчуванні?
- ☐ чи є безпечна, тепла, санітарно чиста домівка?
- ☐ чи отримує вона любов і емоційну підтримку?
- ☐ чи отримує необхідний освітній стимул, пов'язаний з розвитком?

Фізичні індикатори:

- ☐ Відмова від дитини.
- ☐ Хронічна неохайність або погана гігієна, воші, короста, серйозний або запущений висип від підгузників, пролежні, постійний поганий запах тіла, нежить.
- ☐ Невідповідний одяг, який не захищає дитину від поганої погоди; неста-

ча одягу на дитині, такого як: нижня білизна, шкарпетки, черевики або пальто; чи дитина занадто тепло одягнена у спекотну погоду, тобто дитина одягнена не за розміром і без урахування погодних умов.

- ☐ Запущена хвороба або рана.
- ☐ Сильні сонячні опіки, застуда, укуси комах або інші ознаки, які вказали б на тривалу дію негативних явищ.
- ☐ Вага і зріст не відповідають віку.
- ☐ Дитину неодноразово залишають без нагляду в потенційно небезпечному довіллі або залишають під наглядом некваліфікованих людей, не здатних піклуватись про неї.

Поведінкові індикатори:

- ☐ Проблеми з відвідуванням школи, часта або постійна відсутність, запізнення, дитина дуже рано приходить у школу і дуже пізно йде звідти.
- ☐ Постійний голод, втома або сонливість.
- ☐ Дитина просить або збирає залишки їжі.
- ☐ Токсикоманія.
- ☐ Дитина бере на себе обов'язки дорослого, коли, насправді, вона не здатна ще робити цього, тобто сама піклується про себе або молодших, а також про батьків.
- ☐ Повідомлення про те, що у будинку немає турботливої людини.
- ☐ Вандалізм або правопорушення; дитина практично не обмежується у поведінці.
- ☐ Зазвичай, діти переживають широкий спектр почуттів у результаті поганого ставлення.

Почуття, які пов'язані з нехтуванням, насильством і розлукою:

- самотність, ізоляція;
- страх, хронічна тривога;
- недостатність віри в те, що потреби будуть компенсовані, недовіра дорослим;
- погляд на світ як на небезпечне місце;
- депресія;
- нездатність покластися на когось або на щось;
- відчуття того, що вони повинні захищати самі себе;
- почуття того, що їх ігнорують;
- недостатність самовпевненості;
- гнів;
- жорстокість;
- біль, відчуття того, що вони були небажаними, тому їх залишили;
- низька самооцінка;
- невпевненість в тому, що зовнішня система спрямує і захистить.

Як дитина може поводитися у зв'язку з цими почуттями:

- пхикати, чіплятися, липнути, бути нав'язливим;
- виражати гнів нападами, ламати речі;
- впадає у відчай через незначні стреси;
- вимагає чогось від інших;
- штовхається, бере те, що хоче;
- робить щось, щоб звернути на себе увагу;
- не може контролювати власні імпульси й емоції;
- уникає незручних ситуацій;
- тривога переростає в маніакальну і безконтрольну поведінку;
- віддаляється, не може працювати з іншими дітьми;
- неуважний, легко відволікається;
- брехня;
- крадійство;
- фізіологічні проблеми (сон, вживання їжі, гігієна, туалет);
- обережний з освоєнням нових явищ, предметів;
- поводить відповідно до рівня розвитку набагато молодшої дитини.

Тривалі пригнічені емоційні стани дитини дезорганізують свідомість і діяльність у стані безнадійності та безпорадності, що у підлітковому віці, як правило, призводить до формування низької самооцінки, депресії, асоціальної поведінки, навіть втечі з дому, тобто активного вирішення конфлікту в ситуації насильства.

109

Несприятливі соціально-економічні та морально-етичні фактори породжують СЖО у сім'ї та, як наслідок, є причинами втечі дітей на вулицю. Основними причинами бездоглядності та безпритульності дітей є такі:

- 1) *погіршення матеріального становища населення* (безробіття обох чи одного з батьків, відсутність постійного місця роботи чи довготривале перебування батьків на роботі);
- 2) *економічна експлуатація дорослими дитячої праці* (залучення до жебракування, крадіжок, махінацій тощо);
- 3) *відсутність постійного житла*;
- 4) *неповна сім'я / новостворена сім'я / розлучення батьків*;
- 5) *асоціальний спосіб життя одного чи обох батьків* (різні види залежностей: алкоголізм, нарко- і токсикоманія, схильність до азартних ігор; злочинні дії батьків);
- 6) *насильство щодо дітей та інших членів сім'ї*: нехтування потребами дітей, фізичне, психологічне, сексуальне, економічне насильство;
- 7) *фізична чи психічна недієздатність батьків чи інших осіб, які їх замінюють*;
- 8) *авторитарний або ліберальний стиль виховання дітей*;
- 9) *низький загальний рівень обізнаності та педагогічної освіти батьків*

тощо.

Таким чином, **основною метою втечі дітей** на вулицю є:

- 1) пошук незадоволених потреб (таку мету має більшість дітей);
- 2) дромоманія (від грец. «дромос» — дорога і «манія» — одержимість) — це розлад рухо-вольової сфери, що характеризується непереборним імпульсивним потягом до зміни місця перебування, бродяжництва.

Етапи формування дромоманії:

- 1) реактивний етап — перша втеча з дому під впливом психотравмуючого фактора;
- 2) втечі стають звичними, фіксованими, як реакція на будь-яку несприятливу ситуацію;
- 3) виникає стереотипна реакція — втеча з дому.

5.2. Негативні поведінкові особливості дитини як наслідок впливу СЖО

Психологічний комфорт та повноцінний розвиток дитини в сім'ї забезпечується насамперед реалізацією її **базових психологічних потреб**, а саме: у безумовній любові та прийнятті, визнанні, увазі, безпеці, потребі бути самим собою.

Потреба у безумовній любові та прийнятті. Дитині необхідно відчувати, що її люблять не за щось, а просто за те, що вона є (безумовно). Потреба у люблячій людині є однією з найважливіших потреб дитини. Дитина повинна зростати, усвідомлюючи, що вона бажана та потрібна. Свою любов дитині необхідно висловлювати не тільки словесно: «Ти хороший, любий, важливий, потрібний...», а й за допомогою дотику: тримати за руку, обіймати тощо. Зауважимо — безумовне прийняття дитини не передбачає, що ви ніколи не можете висловити своє незадоволення її вчинками, ставити певні вимоги або при необхідності застосовувати покарання. Безумовне прийняття — це перший крок до побудови довірливих стосунків у вашій сім'ї.

Потреба у визнанні. Для повноцінного особистісного розвитку дитини необхідно цінувати та визнавати її особистість. Дитина повинна відчувати, що до її інтересів, поглядів, захоплень, здібностей ставляться серйозно, підтримують, допомагають розкритись її талантам. Для кожної дитини є важливим заохочення до саморозвитку.

Потреба в увазі. Кожна дитина потребує до себе певної уваги. Дитину необхідно навчити багатьом важливим вмінням та навичкам: спочатку — ходити, їсти, навичкам самообслуговування, а потім — навчальним вмінням та навичкам, правилам поведінки у соціумі та у процесі взаємодії з іншими людьми, вмінню розпоряджатися своїм часом та грішми... Звичайно, для цього дитині необхідно приділяти час, увагу, спілкуватися з нею, мати спільний

психологічний простір: спільні інтереси та дозволя. Це забезпечить взаєморозуміння між батьками та дитиною, що сприятиме гармонійному розвитку її особистості.

У цьому багатогранному процесі взаємодії з власною дитиною батьки мають бути прикладом для неї. Ваш спосіб життя та світогляд допоможуть у формуванні моральних цінностей дитини: усвідомлення добра і зла, співчуття, відповідальності, щирості, поваги. Не варто говорити дитині, що лаятись — це непристойно, якщо у вашому домі часто відбуваються сварки. Не чекайте, що ваша дитина не потягнеться до цигарки після ваших настанов, якщо ви самі палите.

Потреба у безпеці. Дитині для повного відчуття захищеності необхідно відчувати себе захищеною не тільки фізично, але й психологічно, а саме: відчувати комфортний психологічний мікроклімат в сім'ї, гармонійні стосунки між батьками, постійну підтримку дорослих. Дитина повинна жити із впевненістю, що її приймуть будь-якою, що у неї є близькі люди (батьки), яким вона може завжди довіритись, які зрозуміють і ніколи не зрадять.

Потреба бути самим собою. Важливо, щоб батьки приймали, визнавали свою дитину, цінували її особистість, поважали право дитини на власну думку та звертали увагу на неї. Не варто дитину порівнювати з кимсь, це може негативно вплинути на її самооцінку.

Дитина, як і дорослі, інколи має потребу побути наодинці зі своїми думками, і цю потребу необхідно поважати і задовольняти, не втручаючись у внутрішній світ дитини нетактовними розпитуваннями чи нав'язливими вказівками. Дитина має право на свій власний фізичний та психологічний простір. Не варто копірситися без дозволу в дитячих речах, особливо читати записи особистого характеру: листи, записки, щоденники. Якщо ви будете поводитись із підлітком тактовно, бережливо ставитись до його почуттів, то відчувачи це, ваша дитина довіриться вам, а якщо цього не сталось, варто з розумінням прийняти той факт, що кожна людина має право на власну таємницю або ще не готова впустити вас у свій внутрішній світ.

У соціально-психологічному аспекті однією з основних причин появи відхилень у поведінці дитини вважається порушення або втрата емоційних стосунків її з батьками чи іншими особами, які їх замінюють. Внаслідок цього у дитини на рівні поведінки формується так званий «афект неадекватності» — це одна з форм афективної поведінки, в основі якої лежать негативні емоційні переживання, котрі виникають у дитини в результаті незадоволення певних життєво важливих для неї потреб.

Разом з цим, якщо у дітей на рівні сім'ї не задовольнялись потреби у безумовному прийнятті, визнанні, увазі, у них, як правило, спостерігаються такі поведінкові прояви, як: підвищена вразливість, упертість, агресивність, негативізм, замкненість, емоційна нестійкість. Такі реакції виконують для дітей функцію психологічного захисту в ситуації незадоволення потреби.

Потреби як у дитини, так і дорослої людини є основною рушійною силою поведінки, внутрішніми стимулами та мотивами діяльності. Відповідно **поведінка** — це система взаємопов'язаних дій і вчинків, яка віддзеркалює внутрішнє ставлення індивіда до життєдіяльності та здійснюється задля задо-

волення своїх потреб. Тобто поведінка завжди є цілеспрямованою, оскільки передбачає задоволення потреб. Основною одиницею поведінки є вчинок. **Вчинок** — це акт морального самовизначення індивіда, в якому він утверджує себе як особистість у своєму ставленні до інших людей, груп, суспільства.

Діти, які опиняються в СЖО та зазнають насильства чи іншого негативного ставлення з боку батьків чи інших осіб, які їх замінюють, зазвичай, переживають такі негативні емоційні стани, як: самотність, ізоляцію, страх, хронічну тривогу, невпевненість у тому, що потреби будуть задоволені, недовіру до дорослих, впевненість в тому, що світ небезпечний, депресію, нездатність довіритись комусь або чомусь, відчуття того, що потрібно самому захищати себе, відчуття того, що їх ігнорують, гнів, жорстокість, біль, відчуття того, що вони були небажаними, відчуття того, що їх залишили, спостерігається низька самооцінка, почуття провини, комплекс неповноцінності тощо.

У відповідь на зазначені почуття діти, як правило, демонструють такі негативні поведінкові прояви, як: гнів, напади, агресію, примхливість, нав'язливість, ламають речі, впадають у відчай через незначні труднощі, штовхаються, забирають чужі речі, не можуть контролювати свої імпульси та емоції, проявляють маніакальну та цілком неконтрольовану поведінку, не уважні, не можуть взаємодіяти з іншими.

Тому соціальним працівникам, психологам, педагогам та іншим фахівцям, які працюють з дітьми, варто розуміти, що негативна, неправильна поведінка дитини є вираження її емоційного відчаю та відображає приховані, незадоволені потреби дитини.

У ситуації складних життєвих обставин у дітей формуються специфічні типи та відхилення у поведінці, а саме:

- «пригнічений тип» — характеризується пасивністю, апатією, зовні нагадує психічне захворювання. В результаті необхідності постійно пристосовуватися у дітей не формуються власні цінності та орієнтири, а створюються умови для розвитку пристосуванства;
- «гіперактивний тип» — характеризується легкістю входження в контакт, різко вираженими тенденціями демонстративної поведінки з яскраво вираженим інтересом до оточуючих, що сприймається дітьми як гра;
- «соціальні провокації» — характеризуються контрастними емоційними реакціями, що розвиваються внаслідок постійного проживання у закритих установах;
- «добре пристосовані діти» — характеризується компенсаторною поведінкою, що розвивається у відповідь на нереалізованість соціальних потреб («ненаситність» їжею, ранні мастурбації, сексуальні зв'язки, аутичні тенденції, нарцисизм тощо);
- байдужість та нечуйність дітей (це формування захисту від емоційного болю) як реакція на численні втрати близьких людей;
- домінування захисних форм поведінки у спілкуванні: нездатність до конструктивного вирішення проблемних ситуацій, спалахи агресії, прагнення перекласти відповідальність на інших;
- затримка або регрес розвитку як фізичного, так і психічного;

- неврологічні та соматичні патології: захворювання шлунково-кишкового тракту, порушення обміну речовин, легеневі та дерматологічні хвороби, серцево-судинні патології тощо;
- девіантна та делінквентна поведінка.

Девіантна поведінка. Коротка психологічна характеристика основних видів девіантної поведінки.

Девіантною називають поведінку, що відхиляється від норми, є нестандартною. Вона завжди пов'язана з якою-небудь невідповідністю людських вчинків, дій, видів діяльності розповсюдженням у суспільстві або групах нормам, правилам поведінки, ідеям, стереотипам, очікуванням, установкам, цінностям.

Психологічна характеристика основних видів девіантної поведінки:

- агресивна поведінка;
- делінквентна поведінка;
- залежна (адиктивна) поведінка. Феномен співзалежності;
- суїцидальна поведінка. Вікові особливості суїцидальної поведінки.

Агресивна поведінка.

Агресія розглядається як будь-яка форма поведінки, спрямована на образи чи завдання шкоди іншій живій істоті, яка не бажає подібного ставлення. Агресія (від латинського «agressio» — напад, приступ) — це мотивована деструктивна поведінка, що суперечить нормам і правилам співіснування людей у суспільстві, що спричиняє їм фізичну та психологічну (негативні переживання, стан напруженості, страху, пригніченості тощо) шкоду. Агресія може бути спрямована не тільки на людину, а й на тварин, а також на неживі об'єкти. **Агресивність** — це властивість особистості, що виражається в готовності до агресії. Якщо агресія — це дія, то агресивність — це готовність до вчинення таких дій. Тобто агресивність можна визначити як особистісну характеристику, набуту та зафіксовану в процесі розвитку особистості на основі соціального навчання, яка полягає в агресивних реакціях на різні подразники.

Інтенсивність та неадекватність поведінкових реакцій залежить від попереднього досвіду, культурних норм та стандартів, від реактивності нервової системи, сили та рівноваги нервових процесів, а також від сприйняття та інтерпретації різних подразників, які здатні викликати агресію тощо. Причини появи агресії у дітей можуть бути різноманітними. Виникненню агресивних якостей сприяють деякі соматичні захворювання чи захворювання головного мозку. Варто відмітити, що величезну роль відіграє виховання в родині, причому з перших днів життя дитини. Соціолог М. Мід довела, що у тих випадках, коли дитину різко відлучають від годування материнським молоком і спілкування з матір'ю зводиться до мінімуму, у дітей формуються такі якості, як: тривожність, підозрілість, жорстокість, агресивність, егоїзм. І навпаки — коли у спілкуванні з дитиною присутня м'якість, дитина відчуває турботу та увагу, відповідні якості не формуються.

На формування агресивної поведінки значний вплив має характер покарань, які, зазвичай, застосовують батьки у відповідь на прояви гніву своєї дитини. У таких ситуаціях можуть бути використані два полярних методи впливу: або поблажливість, або строгість. Як це не парадоксально, агресивні діти однаково часто зустрічаються і у занадто добрих батьків, і у надмірно суворох.

Дослідження засвідчили, що якщо різко прагнути припинити агресивність у дітей, всупереч очікуванням, не усувається дана якість, а навпаки закріплюється та розвивається у дітей надмірна агресивність, яка буде проявлятися навіть у зрілі роки. Оскільки всім відомо, що зло породжує лише зло, а агресія — агресію.

Якщо ж не звертати увагу на агресивні реакції дитини, відповідно вона дуже швидко починає вважати, що така поведінка дозволена. Таким чином, поодинокі спалахи гніву непомітно переростають у звичку діяти агресивно. Основне завдання у роботі з дітьми, які демонструють агресивну поведінку, полягає в тому, щоб навчити їх долати агресію шляхом використання різноманітних методів (психологічних, педагогічних тощо).

Делінквентна поведінка.

Делінквентна поведінка — це дії конкретної людини, які відхиляються від встановлених законів у даному суспільстві, загрожують благополуччю інших людей або соціальному порядку та за які в особливо важких випадках може накладатися покарання згідно з відповідними статтями цивільного й кримінального кодексів.

До протиправних дій належать проступки (провини), правопорушення та злочини.

Серед типових проступків виокремлюють лихослів'я, систематичне порушення дисципліни в школі, бійки з однолітками, бешкетування (наприклад, кидання з балкону в перехожих різних предметів; телефонні дзвінки до незнайомих осіб).

Правопорушення — це порушення адміністративних та правових норм, які проявляються через дрібні крадіжки, здирництво, хуліганство.

Злочин — протиправне, суспільно небезпечне діяння, що класифікується за певними нормами кримінально-процесуального права (згвалтування, вбивство, нанесення тяжких тілесних пошкоджень).

Залежна (адиктивна) поведінка. Феномен співзалежності.

Залежна (адиктивна) — з англ. addiction — схильність, згубна звичка) **поведінка** — це одна із форм девіантної поведінки особистості, тобто аутодеструктивна поведінка, яка пов'язана із залежністю від якої-небудь речовини з метою зміни психічного стану.

Об'єктами залежності є:

- психоактивні речовини (легальні та нелегальні наркотики, сюди належить і алкоголь);

- їжа;
- ігри;
- секс;
- релігійні культи.

До форм залежної поведінки належать:

- хімічна залежність (паління, алкоголізм, токсикоманія, наркоманія, залежність від ліків);
- порушення харчування (анорексія (голодання), булімія (переїдання));
- гемблінг (ігрова залежність: комп'ютерна, азартні ігри);
- сексуальні адикції (зоофілія, фетишизм, педофілія, вуайєризм, садомазохізм, ексбіціонізм, некрофілія, трансвестизм);
- релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатазм, входження в секту).

У результаті сформованої залежної поведінки *об'єкт залежності* стає метою існування, а *вживання* — способом життя. Тобто життєвий простір звузиться до ситуації отримання об'єкту.

Співзалежність — це особистісне новоутворення, яке виникає у матерів, дружин (рідше — чоловіків), дітей алкоголіків і виявляється у повній зосередженості на проблемах uzалежненого члена родини аж до самозречення. *Співзалежність* — це замкнене коло психологічних проблем сім'ї, оскільки співзалежність підтримує залежність.

Індикатори співзалежності:

- *симбіотичні стосунки між подружжям* — це шлюб, у якому чоловік і жінка поперемінно займають то домінуюче, то підлегле становище. Перебуваючи в симбіотичному емоційному зв'язку, члени сім'ї намагаються захистити залежну людину від неприємностей та критики інших людей, звинувачують у його проблемах друзів, колег та інших;
- *сім'я вибудовує різноманітні захисні системи, в яких життя всіх членів родини крутиться навколо циклу прийому алкоголю чи наркотиків* (сім'я живе міфами, взаємними почерговими обіцянками та ілюзіями, проєкціями, запереченням, замовчуванням проблеми). Співзалежні члени сім'ї не здатні зрозуміти, що їх поведінка ускладнює стан залежної людини та сім'ї вцілому;
- спостерігається *парадокс: з одного боку*, залежність, на перший погляд, згуртовує сім'ю в боротьбі з об'єктом залежності, *з іншого* — вона дає ілюзію близькості;
- *порушено розподіл ролей і відповідальності, у близьких членів сім'ї розмиті межі свого власного «Я»*: вони так переймаються відповідальністю за залежну людину, що втрачають себе, пригнічують свої потреби і почуття, ніби «заморожують» їх. Це сприяє *підвищенню терпимості до емоційного болю*.

Прагнучи примусити хворого не вживати алкоголь чи наркотики, члени сім'ї починають контролювати його поведінку, керувати ним, зберігати соціальний статус (утримувати на роботі чи навчанні, знаходити хобі тощо). Та-

ким чином, всі починають «нянчитися» із залежною людиною, коли жаліти, коли сварити та емоційно зриватися.

- *спостерігається постійна необхідність вести подвійне життя, формування звички говорити неправду*: приховується «сором» родини, на роботі людина демонструє роль щасливої людини, а вдома — пекло;
- *співзалежним членам сім'ї властива афективність сприйняття* — вони чують і бачать те, що хотіли б бачити і чути, вони вірять не тому, що є насправді, а тому, що збігається з бажаним. Цей деструктивний, руйнівний процес самообману призводить до деградації особистості;
- *співзалежним членам сім'ї характерна амбівалентність почуттів, непослідовність поведінки*. Постійні переживання негативних емоцій спричиняють невротичні розлади та соматичні захворювання;
- *співзалежність деформує розвиток особистості дітей*, яким необхідно адаптуватися до дезадаптивних установок та форм поведінки в родині.

Якщо у дитини один чи обоє батьків мають залежну поведінку, відповідно в такій сім'ї дитина перебуває в стані хронічної емоційної напруги. Така ситуація є небезпечною для гармонійного формування та розвитку дитини, оскільки у такої дитини можуть спостерігатися такі емоційні та поведінкові прояви, як: відчуття провини, відчаю, сорому, страху, спалахи гніву. В стані такого хронічного емоційного стресу у дитини, як правило, погіршується здоров'я — виникають різноманітні соматичні захворювання. Поряд з цим, у дитини можуть формуватися такі життєві позиції: позиція жертви (на рівні підкорення в усьому як членам сім'ї, так й іншим людям та пасивного страждання в даній ситуації) або позиція агресора (бажання помсти як члену сім'ї, який має залежну поведінку, так й іншим людям за власні страждання, озлобленість).

Суїцидальна поведінка. Вікові особливості суїцидальної поведінки.

Самогубство (суїцид) — це усвідомлене позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка — це усвідомлені дії, спрямовані на позбавлення себе життя.

У **структурі суїцидальної поведінки** виокремлюють наступні складові:

1) **суїцидальні дії** включають суїцидальні наміри та завершений суїцид. *Суїцидальні наміри* — це цілеспрямоване використання засобів для позбавлення себе життя. Наміри можуть бути як зворотні, тобто не завершені смертю, так і незворотні. *Завершений суїцид* — це дії, які мають летальне завершення (смерть).

2) суїцидальні прояви передбачають:

- пасивні суїцидальні думки (уявлення, фантазії, переживання на тему своєї смерті);
- суїцидальні задумки (розробка плану смерті: продумуються способи, час і місце самогубства);
- суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму додається вольовий компонент — прийняття рішення, готовність до безпосереднього пере-

ходу на зовнішню поведінку.

Суїцидальна поведінка реалізується одночасно як у внутрішньому, так і зовнішньому вимірах.

Вік істотно впливає на особливості суїцидальної поведінки. Наприклад, кризові періоди життя, такі як підлітковий вік, початок старості, характеризуються підвищенням суїцидальної готовності.

Суїцидальна поведінка в дитячому віці має характер ситуаційно-особистісних реакцій, тобто пов'язана не з бажанням вмерти, а прагненням уникнути стресових ситуацій або покарання. Самогубство в дитячому віці зумовлюється гнівом, страхом, бажанням покарати себе або інших. Оскільки для дітей характерні вразливість, навіюваність, низька критичність до своєї поведінки, імпульсивність, часті зміни настрою, здатність яскраво відчувати та переживати. Тривожні та депресивні стани теж впливають на виникнення суїцидальної поведінки. Ознаками депресії у дітей можуть бути: смуток, невластиве дітям безсилля, порушення сну і апетиту, зниження ваги та соматичні скарги, страх неуспіху, зниження інтересу до навчання, надмірна самокритичність, замкнутість, загальний неспокій.

У підлітковому віці значний вплив на виникнення суїцидальної поведінки мають міжособистісні стосунки з ровесниками (наприклад, нещасливе кохання) та батьками (відсутність взаєморозуміння тощо). Концепція смерті у дитини наближається до адекватної у віці від 11 до 14 років. У цей віковий період дитина здатна усвідомлювати реальність та незворотність смерті. Коли здійснюється спроба суїциду демонстративного характеру, агресія підлітка спрямована зовні: помститися, зашкодити, змусити кого-небудь страждати, привернути до відповідальності тощо. Серед підлітків із суїцидальними спробами переважають особи з пограничними станами, розладами нервової системи. При цьому справжнє бажання смерті відсутнє. У випадках завершених суїцидів переважає агресія проти власного «Я». Бажання вмерти, піти із життя пов'язане із втратою життєвого сенсу, протестом, бажанням уникнути страждань, самопокарань.

5.3. Акцентуації характеру

У психології характеру поряд з поняттям «риса характеру», «особливості характеру» існує поняття «акцентуація характеру». Поняття «*акцентуації*» та «*акцентуованої особистості*» вперше ввів німецький психіатр і психолог Карл Леонгард, який також розробив і описав *класифікацію типів акцентуації особистості*. В нашій країні отримала поширення інша класифікація типів акцентуації, запропонована *вітчизняним дитячим психіатром Андрієм Євгенійовичем Лічко*, який конкретизував поняття акцентуації на рівні поняття «акцентуація характеру». При цьому в обох підходах зберігається загальне розуміння змісту акцентуації.

Акцентуація — це дисгармонічність розвитку характеру, гіпертрофований вияв окремих його рис, що зумовлює підвищену вразливість особистості щодо різних впливів та ускладнює її адаптацію в деяких специфічних ситуа-

ціях.

Акцентуації характеру — це варіанти нормального характеру, деякі риси якого надто яскраво виражені, посилені (акцентуйовані).

Люди, яким властиві акцентуації характеру, цілком здорові психічно. Акцентуації характеру властиві приблизно половині всього населення. За сприятливого впливу соціального оточення та правильного виховання ці особливості можуть набрати рис обдарованості, оскільки вони створюють передумови для високих досягнень у деяких галузях суспільно корисної діяльності. Однак за несприятливих умов акцентуйовані риси порушують рівновагу характеру, призводять до порушення адаптації, виникнення внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів.

Типологія акцентуацій характеру

<i>А.Є.Лічко</i>	<i>К.Леонгард</i>
Гіпертимний тип Циклоїдний тип Лабільний тип Астено-невротичний тип Сенситивний тип Психастенічний тип Шизоїдний тип Епілептоїдний тип Істероїдний тип Нестійкий тип	Гіпертимний тип Циклоїдний тип Лабільний тип Астено-невротичний тип Сенситивний тип Тривожно-педантичний тип Інтровертований тип Збудливий тип Демонстративний тип Нестійкий тип

118

Характеристика акцентуацій характеру (за А.Є. Лічко)

Основні риси	Ситуація психологічного комфорту	Провокуючі фактори та ситуації дискомфорту
Гіпертимний тип		
Активність, енергійність, ініціативність, яка «б'є через край», оптимістичність, рішучість, комунікабельність, впевненість в собі, активне прагнення до діяльності, розваг, лідерські тенденції та організаторські здібності, полюбують в усьому новизну. <i>За яскраво вираженої акцентуації</i> виявляються такі <i>дезадаптивні якості</i> , як: легковажність, відсутність етичних норм, схильність до брехні та вихваляння, гіпертрофовано завищена самооцінка, не сприймають заперечень та критики щодо себе, не зважають на думки інших, схильність до азартних ігор, раннього статевого життя, адиктивної та девіантної, делінквентної поведінки	1) Залучення підлітка до різноманітних цікавих для нього видів діяльності, зокрема до виконання організаторських ролей. 2) Комфортно почувають себе в середовищі ровесників, в якому виступають організаторами цікавих заходів. 3) Підтримувати високий рівень працездатності на уроці та тренувати в напрямку планування та систематизації діяльності. 4) Адекватне поєднання довіри, поваги та контролю за виконання доручень.	1) Нетерпляче зносять монотонність та одноманітність. 2) Бурхливий протест викликають контроль, обмеження свободи. 3) Виховання в умовах домінуючої гіперпротекції, бездоглядності, сімейних конфліктів, в атмосфері емоційно та інтелектуально збіднілої сім'ї, сімейного насильства. 4) Відсутність пізнавальних, соціальних та творчих інтересів, захоплень. 5) Блокування прагнення підлітка до активної діяльності, спілкування, лідерства.

Циклоїдний тип		
Періодичні коливання настрою та життєвого тону. В періоді підйому циклоїду притаманні риси гіпертиміа, за винятком легковажності. В періоді спаду — знижується контактність, з'являється песимістичність, роздратованість або апатія, зникає апетит, вночі спостерігається безсоння, а вдень — сонливість. Періоди перепаду настрою тривають протягом двох-трьох тижнів.	1) Комфортно почувають себе серед невеликого кола близьких людей. Найважливіше для циклоїдів — наявність стабільних, постійних прихильностей у захопленнях, дружбі, коханні. 2) Додатковою психологічною підтримкою є улюблена справа, яку підтримують дорослі (особливо в період спаду настрою підлітки зосереджують всю увагу на улюбленій справі та спілкуванні з близькими). 3) Зниження рівня вимог у періоді спаду, не провокувати конфлікти та не поглиблювати астенізацію. Вирішувати всі проблеми в період підйому.	1) Всі типи неправильного сімейного виховання. 2) Емоційні перевантаження, виконання напруженої роботи протягом тривалого часу, швидка зміна умов та способу життя, одноманітність життя.
Лабільний тип		
Провідна риса — <i>нагмірна мінливість настрою</i> , яка легко та швидко змінюється під впливом різних обставин. Швидкість зміни настрою супроводжується глибиною — від оптимізму до глибокого смутку, від радості до сліз. Значна глибина переживань виявляється у міміці, працездатності, комунікабельності. Лабільні підлітки володіють розвинутою інтуїцією, тому легко сприймають ставлення інших до себе.	1) Комфортно почувають себе в колі сім'ї, близьких друзів, які люблять їх та приймають такими, якими вони є. 2) Вони віддані в коханні та дружбі, прагнуть до довірливого спілкування зі значущими людьми. 3) Позитивне підкріплення, позитивна оцінка певних рис особистості, похвала, щире співпереживання. 4) Старанно виконує всі доручення значущого дорослого, особливо ті, які вимагають обліку, збереження, турботи (поливання квітів, ведення журналу тощо). 5) В організації групової роботи не включати до нього в групу більш сильних та домінуючих дітей, бажано не розлучати з його другом. 6) Навчати прийомам емоційної саморегуляції, умінню долати труднощі, почуття образи. Раціонально розподіляти свої сили.	1) Загальний інфантилізм на фоні сімейного виховання, а також виховання в умовах жорстких взаємовідносин, маятникове, суперечливе виховання, виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності. 2) Ігнорування та відсторонення значущими людьми, вимушена розлука з ними. 3) Принизливі нотації, зауваження. 4) Неприємності, стресові, психотравмуючі ситуації можуть привести до гострих афективних реакцій, депресій та тяжких невротичних станів.

Астено-невротичний тип		
Підвищена стомлюваність, виснажуваність, роздратованість, особливо під час інтелектуальної діяльності. Фізичні навантаження переносять краще, проте нестерпним є ситуація спортивних змагань. Схильність до іпохондрії. В думках про майбутнє центральне місце займає турбота про здоров'я. Підлітки даного типу занадто амбівалентні: з одного, це ставлення до себе як до слабкого, з іншого — «Я все можу».	1) Наявність теплих турботливих відносин зі сторони близьких, атмосфера довіри, оптимістичні установки в сім'ї, спільні та емоційно-інтелектуальні захоплення членів сім'ї. 2) Наявність інтелектуальних та естетичних хобі. 3) Астено-невротики тягнуться до ровесників, сумують за ними, проте швидко від них втомлюються та шукають самотності або спілкування з одним близьким другом. 4) На самоті прагнуть пасивно відпочити, багато мріють. 5) Охоче виконують доручення, не пов'язані з інтенсивною взаємодією з ровесниками, з довготривалою відповідальністю, з необхідністю організовувати, керувати.	1) Виховання в тривожно-недовірливій атмосфері, в культі хвороб, маятникове, суперечливе виховання, виховання в умовах жорстких взаємовідносин, емоційного неприйняття. 2) Ситуації публічного неуспіху, критики, висміювання, знущання більш сильніших ровесників. 3) Небажані неочікувані запитання, завдання, необхідно дати час на підготовку. 4) Небажані прямі негативні порівняння з більш успішними ровесниками, оцінку діяльності краще давати індивідуально.
Сенситивний тип		
Надмірна вразливість, почуття власної неповноцінності. З дитинства властива лякливність та боязливність (страх темряви, тварин, залишатися наодинці). Вони сором'язливі, старанні, ввічливі, дисципліновані, альтруїстичні, емпатійні, відповідальні. Виявляють високі моральні вимоги до себе та інших. Рідко конфліктують, образи тримають у собі.	1) Комфортно почувають себе в колі сім'ї, близьких друзів та тих, хто розділяють їх погляди. 2) Полюбляють займатися інтелектуально-естетичними видами діяльності. Люблять та цінують все красиве в людях та природі. 3) Ситуація взаємоповаги, довірливого контакту та тактовного спілкування. 4) Доручення довготривалі та співпадають із захопленнями підлітка.	1) Виховання в умовах жорстких взаємовідносин, емоційного неприйняття. Управляти поведінкою через формування почуття провини. 2) Бояться перевірок, екзаменів, публічних виступів, змагань. 3) Уникають гучних компаній, надмірно рухливих ігор (в ігрових видах діяльності займають пасивну роль). 4) Висміювання, осудження на рівні колективу, різка категорична критика.

Психастенічний тип		
Нерішучість, схильність до розміркованості, самоаналізу. Спостерігається ранній та прискорений інтелектуальний розвиток. Виявляється лякливість, тривожна підозрілість, нав'язливі фобії (страх незнайомих людей, нових предметів, темряви), <i>постійна тривога за майбутнє</i> . Захистом від постійної тривоги за майбутнє стають спеціально вигадані предмети та ритуали. Фізичний розвиток дається складно.	1) Наявність теплих турботливих відносин в сім'ї, оптимістичні установки, відсутність завищених вимог. 2) Стабільні умови життєдіяльності, чітка регламентованість вимог. 3) Формування впевненості в досягненні цілей, підвищення самооцінки через співпрацю у засвоєнні навичок самостійної поведінки. 4) Наявність часу для підготовки до відповідей.	1) Виховання в умовах емоційно збіднаних відносин, в тривожно-підозрілій атмосфері, в ситуації підвищеної соціальної відповідальності, пригноблення в дитинстві активності та самостійності. Управляти поведінкою через формування почуття провини. 2) Непередбачувані ситуації, відсутність планування подій. 3) Доручення, що вимагають рішучості, відповідальності, ініціативності.
Шизоїдний тип		
Замкненість, відстороненість від оточуючих, нездатність або небажання встановлювати контакти, зниження потреби у спілкуванні. У прояві почуттів вони стримані, спостерігається холодність. Їх внутрішній світ сповнений фантазій та захоплень. Виявляється дефіцит інтуїції, недостатність співпереживання, невміння переконувати. Вони здатні на жорстокі вчинки. Не залежать від думки оточуючих, діють самостійно, віддають перевагу індивідуальним видам діяльності. Знижений інтерес до протилежної статі. Бідність міміки та жестикуляції.	1) Виховання в умовах теплих, турботливих відносин зі сторони близьких. Оптимістичні установки в сім'ї, емоційно-інтелектуальні інтереси. 2) Прийняття та підтримка дорослими їх неочікуваних захоплень. 3) Своєчасне статеве виховання в родині. 4) Часто прагнуть до самотності, яку заповнюють читанням книг, фантазуванням, хобі. 5) Подобаються бесіди з однодумцями.	1) Виховання в умовах жорстких взаємовідносин, домінуючої гіперпротекції, маятникового виховання, емоційно-психологічної деривації. 2) Афективні реакції дорослих, тривалі психотравмуючі ситуації. 3) Грубі спроби дорослих проникнути у внутрішній світ. 4) Якщо вимоги оточення суперечать їх внутрішнім принципам — вступають у конфлікт. 5) Ситуації тривалого неформального спілкування в групах. 6) Необхідність швидко прийняти рішення.

Епілептоїдний тип		
Інертність емоцій, образливість, злопам'ятність, мстивість, ригідність, агресивність, педантичність, акуратність, хвороблива наполегливість в досягненні цілей. З дитинства полюбляють знущатися над тваринами, беззахисними дітьми. В дитячій компанії вони поводять себе як диктатори, встановлюють свої жорсткі, майже терористичні порядки. В умовах жорсткого дисциплінарного режиму вони відчують себе на висоті, намагаються догоджати керівництву з метою отримання влади. Підліткам притаманні дисфорії (тривалістю в кілька діб), що виявляється у зовнішньому вигляді: похмурому виразі обличчя, мовчазній недоброзичливості до оточуючих. Періодично виникають без будь-яких причин напади розладів настрою: роздратованість, стан нудьги, страху, гніву, досади, ненависті, спливають у пам'яті старі образи. Притаманна уповільненість мисленнєвих процесів. Спостерігаються садистські та мазохістські тенденції. Схильні до адиктивної, девіантної та делінквентної поведінки.	1) Тепла, емоційно та інтелектуально насичена атмосфера в сім'ї. 2) Спілкування, яке базується на взаємоповазі та довірі, стриманості, вияв щирої зацікавленості в житті підлітка. 3) Наявність захоплень та обов'язків, які дають вихід накопиченій психофізіологічній енергії (спорт, фізична праця, туризм тощо). 4) Доручення мають відповідати їх охайності, прагненню чимось володіти. 5) Залучення підлітка до співпраці зі значущими дорослими для досягнення спільної мети.	1) Виховання в умовах бездоглядності, жорстких взаємовідносин, сімейного насильства, емоційного неприйняття. 2) Зачіпання інтересів та особистої гідності, протидія інтенсивним бажанням та захопленням, заперечення та критика на адресу підлітка. 3) Агресивно-афективна атмосфера.
Істероїдний тип		
Егоцентризм, постійне бажання бути в центрі уваги, бажання «справити враження», відчувати захоплення, здивування, співпереживання до себе. Брехливість та фантазування спрямовані на прикрашання своєї персона. Притаманна комунікабельність, розвинена інтуїція, висока пристосованість до людей. Відсутність глибоких щирих почуттів при великій експресії емоцій. Схильність до адиктивної, девіантної поведінки.	1) Творча, театральна діяльність, організатор культурно-масових заходів. 2) Ситуація повного задоволення потреб та підвищеної уваги до себе зі сторони значущих людей та інших оточуючих. 3) Широка сфера спілкування та можливість самовираження. 4) Необхідно демонструвати об'єктивне ставлення до успіхів і досягнень підлітка.	1) Виховання по типу «кумир сім'ї», потуральної гіперпротекції, тривожно-підозрілої атмосфери, в атмосфері культу хвороби. 2) Нетерпляче ставлення, коли хвалять інших або іншим приділяють увагу. 3) Особистісна відповідальність за важке доручення.

Нестійкий тип		
Патологічна слабкість волі, невпевненість, нерішучість, безініціативність, попадання під випадкові впливи, підвищена навіюваність, залежать від лідера. Пливають за течією, товаришують з більш активними підлітками. Не зносять самотності, оскільки не знають, чим зайнятися. Самооцінка неадекватна (не здатні до самоаналізу, оцінки власних вчинків). До майбутнього байдужі. Не люблять долати труднощі, уникають перешкод. Особистість підлітка більшою мірою залежить від безпосереднього оточення, ніж від самого себе. Схильні до адиктивної та девіантної поведінки.	1) Комфорт відчують в середовищі ровесників, схильні до нецілеспрямованої криміногенності під впливом бажань або тиску групи. 2) Повний (не принизливий) контроль з боку дорослих. 3) Доручення нескладні та недовготривалі, які супроводжуються допомогою та контролем дорослих. Необхідно стимулювати ініціативу підлітка та сформулювати усвідомлення покарання за проступки.	1) Виховання в умовах жорстких взаємовідносин, потуральної гіперпротекції, бездоглядності, емоційної та інтелектуально збідненої атмосфери в сім'ї. 2) Відсутність керівництва життям підлітка та вимогливості. 3) Контроль, що пригнічує особистість, пригнічення самостійних рішень.

5.4. Сфери розвитку дитини відповідно до вікових груп. Вплив жорстокого ставлення до дітей на їх розвиток

123

Щоб розуміти дитину, необхідно з'ясувати, як вона розвивається, що впливає на її розвиток, що є нормою для неї. З цією метою необхідно проаналізувати, як нехтування впливає на дитину на кожному з етапів її розвитку. Тому варто детально розглянути чотири фундаментальні сфери її розвитку. Хоча у деяких дослідженнях зустрічається класифікація, у якій визначається 8 сфер розвитку: фізичну, емоційну, психологічну, екологічну, соціальну, духовну, інтелектуальну та професійну.

Фізичний розвиток складається з розвитку структури тіла, включаючи м'язи, кістки і систему органів. Фізичний розвиток, як правило, передбачає сенсорний розвиток, тобто навчання тому, як почуття впливають на засвоєння інформації, і моторний розвиток, який передбачає роботу м'язів. Мозок і центральна нервова система координує як сприйняття, так і рух.

Моторика далі поділяється на два види: грубу моторику і точну моторику. Діяльність грубої моторики — це стояти, сидіти, ходити, бігати, вона включає роботу великих м'язів тіла. Точна моторика — це мовлення, зір, робота пальців, залучає малі м'язи тіла. Як великі, так і малі м'язи контролюються центральною нервовою системою.

Когнітивний розвиток — це те, що має відношення до «інтелектуального» або «розумового» розвитку. Когнітивна діяльність включає мислення, сприй-

няття, пам'ять, обумовлення, розвиток концептів, здатність вирішення проблем, абстрактне мислення. Мовлення з усіма нормами і символікою є найскладнішою когнітивною діяльністю.

Соціальний розвиток включає взаємодію дитини з іншими людьми і залучення дитини до соціальних груп. Найперше соціальне завдання є прихильність до певної людини. Розвиток стосунків з дорослими і однолітками, набуття соціальних ролей, прийняття групових цінностей і норм, сприйняття моральної системи в результаті передбачає продуктивну роль у суспільстві, що і є соціальними завданнями.

Емоційний розвиток включає розвиток особистісних рис і характеристик, передбачає особисте самовизначення, самооцінку, здатність входити у взаємні емоційні стосунки, вловлювати настрій, адекватно виражати почуття і емоції у певному віці і ситуації.

Типовий розвиток за віковими групами

Вік від 0 до 3 років

Вік від 3 до 6 років

Вік від 6 до 12 років

Вік від 12 до 18 років

Грудні діти / немовлята

Дошкільники

Шкільний вік

Підлітки

Новонароджений і немовля (народження – до 3 років)

Фізичний розвиток

Народження – 1 рік – розвиток контролю і уміння керувати своїм тілом; засвоєння грубої і точної моторики є основним фізичним завданням новонародженого, що набуває кульмінації під кінець першого року в умінні ходити.

Вік 1 – 2 роки – немовля удосконалює грубі і точні уміння, які з'явилися протягом першого року у зв'язку з розвитком балансу, координації, стійкості і вдосконаленої можливості управляти предметами.

Вік 2 – 3 роки – дитина розвиває силу і використовує уміння моторики для подолання завдань, пов'язаних з освоєнням предметів і явищ: велосипед, східці, м'ячі, ігрове устаткування, начиння, олівці й інші предмети. Дитина вже готова навчитися ходити в туалет.

Дошкільник (3-5 років)

Фізичний розвиток

З'явилися найбільш прості здібності грубої моторики. Наявні уміння перевіряються практично і удосконалюються, дитина розвиває майстерність у застосуванні умінь моторики для вирішення завдань висхідного типу і складних ситуацій.

Когнітивний розвиток

Швидко розвивається мовлення. Граматика і синтаксис удосконалюються, а словниковий запас поповнюється геометрично. Дитина використовує мову як засіб спілкування. Мислення конкретне і егоцентричне за природою. Рішення проблем не логічне, а домінує чарівне мислення і фантазія.

Соціальний розвиток

Дитина розширює соціальні стосунки поза сім'єю і розвиває уміння ін-

терактивної і кооперативної гри з однолітками.

Дитина починає розуміти, досліджувати, наслідувати і практикувати соціальні ролі.

Дитина сприймає концепти «правильно» і «неправильно» та починає розуміти природу правил. Вона переживає провину, коли робить щось не так.

Емоційний розвиток

Дитина до школи характеризується типом «той, що постійно діє». Ерік-сон говорить про основну дію дитини у цей період — ініціативу. Дитина довірлива, бере на себе відповідальність, дуже цікава і постійно освоює щось нове, активно маніпулює оточуючими людьми і самоспрямована у багатьох діях.

Здатність дитини розрізняти «правильне» і «неправильне» сприяє розвитку самооцінки.

Шкільний вік (6 – 11 років)

Фізичний розвиток

Дитина практикує, відточує і удосконалює комплекс умінь грубої і тонкої моторики і сприйняття.

Когнітивний розвиток

Конкретне операційне мислення замінює егоцентричне пізнання. Мислення дитини стає логічнішим і раціональнішим.

Дитина розвиває здатність розуміти думки інших.

Соціальний розвиток

Спектр взаємовідносин поза сім'єю збільшується залежно від важливості, зокрема розвиток дружби і участь у групах однолітків.

Дитина імітує, учить і приймає відповідно до віку соціальні ролі, зокрема ті, які відповідають особливостям статі.

Дитина розвиває розуміння правил. Правила пов'язані з визначенням правильної соціальної поведінки і контролем соціальних стосунків і дій.

Емоційний розвиток

Дитина старанна, ціленаправлена у своїх діях. Вона впевнена у собі, самоспрямована.

Дитина краще розвиває сприйняття себе як особистості з улюбленими і неулюбленими сферами умінь. Здатна на інтроспекцію.

Дитина оцінює себе через здатність виконувати (досягати) поставленої цілі. Самооцінка в основному залежить від здібностей, які оцінюються нею особисто.

Підлітковий вік (12 – 17 років)

Фізичний розвиток

Фізіологічні зміни, статевая зрілість сприяють швидкому росту, зрілості сексуальних органів і розвитку другорядних сексуальних характеристик. Підліток повинен звикнути до змін в його/її тілі і прийняти відповідну поведінку.

Когнітивний розвиток

Під час раннього дорослішання з'являються передумови до формального операційного мислення, включаючи також обмежену здатність думати гіпотетично і приймати багатоаспектні погляди.

У процесі середнього і пізнього дорослішання формальне операційне мислення стає добре розвиненим й інтегрованим у пізніше дорослішання.

Соціальний розвиток

Соціальні стосунки у період раннього дорослішання сконцентровані у групі однолітків. Цінності групи регламентують поведінку особи. Прийняття однолітками має критичне значення для формування самооцінки. Більшість стосунків складаються з представниками однієї статі.

Дорослішаючи, у молодих людей з'являється інтерес до сексуальних стосунків, але контактують вони у групах. Деякі підлітки можуть почати експериментувати з сексуальною поведінкою, але багато початківців не активні щодо представників інших груп.

Соціальні ролі залишаються переважно залежними від зовнішніх чинників.

На етапі середнього і пізнього дорослішання цінності стають індивідуальними і внутрішніми в результаті обережного обдумування і незалежного обмірковування.

Друзі все частіше обираються за особистими характеристиками і взаємними інтересами. Група однолітків нівелюється у значущості, особиста дружба зміцнюється і з'являється більше молодіжних «побачень» (зустрічей), стосунків один на один.

Молодь експериментує з соціальними ролями і досліджує можливості вибору кар'єрного зростання.

Емоційний розвиток

Раннє дорослішання надзвичайно ототожнюється з групою однолітків. Молодь залежить від своїх однолітків в емоційній стабільності і підтримці. Самооцінка залежить від впливу групи і прийняття молодого людини однолітками.

Раннє дорослішання емоційно мінливе, характеризується ефектом перебільшення і нерідкими змінами настрою. Підлітки часто піддаються емоційним стресам.

На етапі середнього і пізнього дорослішання ідентичність, більш індивідуальне сприйняття себе розвивається і стабілізується як окреме від сім'ї або групи однолітків.

Самооцінка залежить від здатності молодого людини жити за внутрішніми стандартами поведінки. Самооцінювання і самоспостереження є звичайними процесами.

Основні наслідки жорстокого ставлення до немовлят і дітей:

- відсутність стимуляції заважає фізичному росту і розвитку мозку. В результаті може виникнути розумова відсталість;
- нестача харчування може заважати здоровому розвитку мозку і може призвести до розумової відсталості;

- діти, до яких погано ставляться, дуже часто апатичні, байдужі і немобільні. Нерідко вони неактивні, недопитливі, не досліджують оточуюче середовище;
- вони можуть бути нездатними до того, щоб формувати прихильність до тієї особи, яка турбується про них, або виявляють невпевнену прихильність;
- часто вони не реагують на інших людей, не можуть витримати контакту очей, можуть не радіти, коли з ними говорять, дуже часто вони не відповідають дорослим «агуканням»;
- як правило, діти, з якими погано поводяться, не можуть розвинути базової довіри. Це шкодить розвитку здорових стосунків;
- немовлята можуть не розвинути навичок гри і часто не можуть гратись разом з іншими;
- як правило, такі діти виявляють відсталість у розвитку мовлення. Вони не можуть використовувати мову для спілкування з іншими, деякі взагалі не можуть говорити;
- немовлята, до яких погано ставляться, можуть бути боязкими, тривожними і депресивними, що часто переростає у агресивність.

Вплив жорстокого ставлення на дітей дошкільного віку:

- діти дошкільного віку, до яких погано ставились, можуть бути маленькими для свого віку і виявляти ознаки відсталості у фізичному розвитку. Як правило, у них погано розвинена моторика, їм не вистачає сили;
- вони можуть бути хворобливими і схильними до частих захворювань, особливо до захворювань верхніх дихальних шляхів (застуда, грип) і розладів травлення;
- вони можуть відставати у розвитку грубої моторики й ігрових навичок (біг, стрибки, лазіння, гра з м'ячем). Також у них може відставати розвиток точної моторики (робота кистю руки, утримування ручки й олівця, малювання);
- мовлення може бути відсутнім, нерозвиненим або складним для розуміння. Деякі діти не говорять, хоча вони можуть це робити (елективний мутизм);
- недовго проявляють увагу до певного предмета, явища, властивий недостатній інтерес до оточуючого середовища, нездатність сконцентруватися;
- вони можуть виявитися відокремленими, ізольованими і віддаленими як від дорослих, так і від однолітків;
- можуть розвинути безладні прихильності, у зв'язку з цим діти стають нав'язливими, занадто люблячими, навіть занадто;
- вони можуть не розуміти поняття «почергово», як ділитися або обмінюватися чимось з однолітками; можуть бути занадто агресивними, задаватися і змагатися з однолітками; їм може не вистачати навичок гри або вони вважають за краще грати наодинці;
- можуть бути дуже боязкими, їх легко травмувати, знаходитися в очікуванні небезпеки, їм, як правило, сняться страхіття;

- вони можуть виявляти ознаки низької самооцінки і бути невпевненими в собі;
- на розчарування вони можуть реагувати нападами гніву або агресією. У них, як правило, обмежений емоційний контроль;
- вони можуть проявляти ознаки емоційної тривоги, включаючи хвилювання, депресію, емоційну непостійність, їм властиві ознаки самостимулюючої поведінки, наприклад, гойдання, стук головою або смоктання пальця;
- можуть проявляти ознаки енурезу і енкопреза, які можуть бути симптомами тривоги або сексуального насильства.

Вплив жорстокого ставлення на дітей шкільного віку:

- діти шкільного віку можуть не звернутися за допомогою або розрадою до дорослої людини, коли у них є в тому потреба. Досвід їх навчив: якщо вони шукатимуть допомоги, то можуть отримати хворобливі наслідки;
- вони можуть до дорослих ставитись з підозрою і недовірою або навпаки бути занадто уважними, зі всіма погоджуватись або маніпулювати;
- вони можуть сильно старатися, щоб задовольнити очікування їх батьків. Може статися зміна ролей: це типова проблема, коли діти піддавалися насильству;
- вони можуть не реагувати на позитивну похвалу, увагу або навпаки шукати уваги і схвалення з боку дорослого;
- дуже часто вони відчують себе невпевненими, нездібними і негідними серед інших дітей, особливо якщо вони не володіють необхідними соціальними навичками;
- нерідко їм складно шукати друзів, можуть віддалятися від соціальних контактів;
- вони можуть відчувати постійну потребу в тому, щоб отримувати схвалення і бути прийнятими іншими;
- вони можуть дратувати і домінувати над іншими дітьми, звинувачувати інших, коли щось відбувається не так, як потрібно, а також зачинати бійки для того, щоб позбавитися від агресії;
- діти, які піддавалися насильству, можуть розуміти, що власне судження небезпечне і можуть займати більш залежне становище для того, щоб уникнути травми, свою думку вони практично не висловлюють і не демонструють того, що їм сильно подобається або не подобається. Їх дуже важко залучити в продуктивну, цілеспрямовану роботу;
- вони можуть бути нездатні почати, брати участь або завершувати якусь справу, швидко опускають руки або втрачають будь-який інтерес, якщо діяльність стає хоч б трохи складнішою. Під такою поведінкою приховується страх невдачі і успіху (завищені очікування), особливо якщо не знаходять підтримки у власній сім'ї;
- деякі діти, які зазнали насильства, мають малорозвинені навички вирішення проблем;
- дітям, які мають у постійне почуття тривоги і депресії, складно концентру-

ватися на домашній роботі. Часто їх успішність у школі невисока;

- тривога, гнів, розчарування можуть проявлятися в негативній антисоціальній поведінці (бійки, биття предметів, нецензурні вислови, брехня і крадіяство);
- здатність дитини розвинути значущі стосунки з іншими людьми може бути серйозно підірвана. У дітей шкільного віку, які зазнали поганого поводження, як правило, порушена здатність мати прихильність;
- вони можуть втікати з дому, прогулювати школу або виявляти неконтрольовану поведінку.

Вплив жорстокого ставлення на підлітків:

- найпоширеніший результат — це відставання у розвитку в усіх сферах. Діти можуть здаватися незрілими, і їхній розвиток типово відповідає молодшому віку;
- можливо, їм доводилося брати на себе обов'язки дорослої людини відносно молодших дітей у сім'ї, і, таким чином, вони не засвоїли навичок, необхідних на різних стадіях нормального розвитку;
- у них можуть виникають проблеми з самоконтролем, тому, можливо, потребують чіткої соціальної структури;
- вони часто потребують схвалення і підтримки з боку дорослих, але не вміють шукати і приймати її, зокрема це стосується і прихильності;
- вони можуть сильно відставати в академічних уміннях, їм властиве небажання відвідувати школу, а тому потребують допомоги навіть у базових навичках;
- їм може бути складно спілкуватися з однолітками і мати стабільні близькі стосунки;
- у них виникають труднощі у встановленні ґрунтового почуття ідентитету;
- вони можуть втікати з дому, прогулювати школу, використовувати наркотики і алкоголь або проявляти неконтрольовану поведінку.

5.5. Соціальна робота з дітьми, які переживають втрату

Доволі часто до Центрів звертаються або влаштовуються діти, які переживають втрату у зв'язку з розривом з близьким оточенням, смертю батьків тощо. Щоб допомога цим дітям була ефективною, важливо розуміти, на якому етапі переживань знаходиться ця дитина і як їй допомогти.

Етапи переживання втрати:

Туга: Коли дитину відділяють від людей, до яких вона була прихильна, її емоційною реакцією буде туга. Горе — це процес. У нього виокремлюють п'ять стадій. Проте не кожна людина проходить всі стадії по черговому, наприклад, маленькі діти, щоб у повній мірі усвідомити подію, що відбулась.

Стадії включають:

Шок / Заперечення. Дитина емоційно закріпостилася і не може прийняти втрату. Дитина може заперечувати власну історію і факт травмуючої події (смерть батьків, розрив стосунків, втрата здоров'я, духовної або матеріальної цінності).

Обурення / Протест. Дитина може сердитися на себе за те, що її поведінка призвела до розриву. Вона може звинуватити батьків або фахівців ССД, ЦСССДМ або когось з близького оточення. Дитина може ображати, не слухатись, бути агресивною, протестувати проти будь-яких дій, які будуть їй стосуватись.

Торг / Маніпуляція. Дитина може намагатись повернути «втрачену» людину через маніпуляцію. Молодші діти можуть бути «добрими», вважаючи, що за таку поведінку їх нагородять. Старші діти можуть намагатись своєю поведінкою навести фахівця до думки: «Поверни мене, і я припиню руйнувати кімнату» і т.д. Діти безпомилково знаходять у Центрі головних і намагаються з ними домовитись про повернення додому. Дитина може злитись на оточуючих людей за все, що відбувається. Вона готова битись з кожним, хто лише подивиться у її бік. Вона не сприймає правил Центру, протестує, сперечається. Її злість з приводу ситуації виражається ззовні у будь-якій формі агресії. Діти на цій стадії скорботи також витрачають багато часу, фантазуючи про свою рідну сім'ю, часто шукають їх у улюблених викладачах, кінозірках або навіть у натовпі.

Депресія. Дитина, яка визнала, що людина, до якої вона була прив'язана, не повернеться, може впасти у депресивний стан. Дитина не слідкує за собою, апатична, їй байдуже, як вона виглядає, змінюється порядок сну і прийому їжі. Дитина завдає собі шкоди (аутоагресія): ріже себе, вибиває волосся, затискає пальці в дверях. Можуть з'являтися думки про самогубство, а також зловживання психоактивними речовинами. Душевний біль трансформується у фізичний.

Рішення. Дитина починає освідомлювати втрату. Хоча туга ніколи, по суті, не минає, але стає керованою. Коли дитина досягає стадії рішення, вона знову залучається до життя і з'являються прояви поведінки, властиві її віку.

Детальний розгляд стадій.

Шок / Заперечення

Загальний опис стадії:

- Людина підатлива і нібито не пов'язана з подіями, складається враження, що втрата не мала значення. Вона може бути приголомшена, подібна до робота або поверхнево шокована.
- Людина може заперечувати подію або почуття, які її супроводжують. Майже відсутнє емоційне вираження.

Поведінкові прояви у дітей:

- Дитина часто здається байдужою.
- Дитина може не демонструвати емоційної реакції на переїзд, зміну місця знаходження.
- У певний період може здаватися, що дитина добре пристосувалася до нового місця.
- Дитина може займатися нормальною діяльністю, але у неї відсутній інтерес, зацікавлення.
- Дитина може поводитися надзвичайно тихо, поступливо або догоджати оточенню. Поведінка дитини може здатися пасивною або емоційно відчуженою.
- Дитина може заперечувати втрату і висловлюватись типу: «Я тут надовго не залишуся, мама мене скоро забере» тощо.

Діагностичні наслідки:

- Соціальний працівник може неправильно трактувати відчуження дитини і її неемоційну поведінку, вірячи в те, що дитина «впоралася і легко сприйняла переїзд». Коли вважають, що дитина сприйняла переїзд без особливої напруги, ту поведінку, яка починає проявлятися пізніше, часто не розглядають як травму через розрив, втрату і як частину процесу тути.
- Діти, які не мали сильної прихильності до своїх батьків або опікунів, можуть взагалі не виявляти жодної реакції на переїзд.
- Відсутність емоційної реакції дитини на розміщення після короткого періоду «шоку» має викликати занепокоєння у соціального працівника, адже це може бути ознакою прихованої емоційної тривоги.

Стратегії для фахівців:

1. Будьте ніжними і розуміючими, давайте можливість дитині висловлюватись з приводу його горя.
2. Зрозуміло поясніть дитині усі правила, але акцентуйте лише на найважливіших.
3. Заохочуйте відкрите спілкування стосовно історії дитини, про її очікування і побоювання у майбутньому. Спробуйте пояснити дитині ті обставини, в яких вона опинилась, плани на майбутнє, використовуючи доступні для неї мовленнєві звороти, слова.

Обурення / Протест

Загальний опис стадії:

- Втрату вже не можливо заперечувати. Перша емоційна реакція — це гнів.
- Гнів може бути направлений на людину або об'єкт, який звинувачується у втраті.
- Провина, звинувачення інших і контрзвинувачення характерні для цього етапу.

Поведінкові прояви у дітей:

- Дитина може перебувати в опозиції і бути гіперчутливою.

- Напади гніву в поведінці й емоційні, гнівні вибухи.
- Відмова брати участь у соціальній, загальній діяльності.
- Дитина буркотлива, капризна, примхлива, її дуже складно задовольнити.
- З іншими дітьми поводить грубо і агресивно.
- Ламає іграшки й інші предмети, бреше, краде, проявляє іншу антисоціальну поведінку.
- Відмовляється виконувати прохання.
- Порівнює свій дім і те місце, де перебуває на даний час, при цьому її будинок завжди кращий.
- Спостерігаються порушення сну, дитина може не говорити (мутизм), може спостерігатись енурез, енкопрез.

Діагностичні наслідки:

- Опозиційна поведінка дитини складна для фахівців.
- Конфронтація між фахівцем і дитиною може призвести до боротьби за контроль.
- Дитині може бути виставлений неправильний діагноз «з надзвичайно некерованою поведінкою», «емоційно неврівноважений» або її можуть карати за неправильну поведінку.
- Фахівці можуть надати кращу допомогу і підтримку, спрямовуючи почуття дитини, у тому випадку, якщо поведінка дитини є частиною процесу туги, в адекватно-прийнятний напрям.

Стратегії для фахівців:

1. Сформулюйте чіткі, встановлені наслідки за порушення правил і пред'являйте їх без «дорослої істерики» у відповідь на виклик дитини. М'яко перенаправте дитину.
2. Дозвольте дитині бути фізично активною.
3. Заохочуйте маленьку дитину висловлювати гнів через гру в ляльки, усну комунікацію, через написання листів або щоденника залежно від рівня розвитку дитини.
4. Зберігайте «таємниці» й сімейні реліквії дитини, ховаючи їх, доки гнів дитини не зменшується.
5. Затвердіть право дитини почувати себе сердитими і засмученим: «Я знаю, що ти, справді, сердитий тому, що ти не можеш жити з мамою. Це — нормально почувати себе засмученим. Ти можеш сказати мені, коли ти гніваєшся. Але не треба бити Богдана».

Торг /Маніпуляція

Загальний опис стадії:

- Поведінка впродовж цієї стадії часто спрямована на відновлення контролю і запобігання остаточній втраті.
- З цієї миті дитина може вирішити досягати більшого успіху.
- Дитина може спробувати укласти угоду з тією людиною, у якої, на її дум-

ку, є влада над тим, щоб змінити ситуацію.

- Дитина може вважати, що певний спосіб поведінки або мислення допоможе запобігти остаточній втраті.

Поведінкові прояви у дітей:

- Дитина може прагнути до того, щоб сподобатися, і пообіцяти, що вона буде хорошою.
- Дитина може пробувати приховати те, що вона відчуває з приводу того, що зробила, щоб прискорити повернення.
- Дитина може вважати, що певна поведінка або мислення можуть призвести до примирення. Така поведінка може стати ритуальною, що може бути спробою дитини формалізувати свою «хорошу поведінку» і запевнити усіх у власній послідовності.
- Дитина може спробувати домовитися про угоду з соціальним працівником і запропонувати робити певні дії в обмін на обіцянку, що їй дозволять повернутися додому.
- Дитина може здаватися моральною у своїй поведінці, що часто є захистом проти відмови у підтримці її кінцевої частини «угоди».
- Діагностичні наслідки:
- Поведінка дитини є відчайдушною спробою управляти оточенням, а також захистом від емоційного збентеження.
- Насправді, є лише невеликий шанс того, що поведінка дитини призведе до бажаних результатів і возз'єднання.
- Фахівець, який розуміє специфіку цієї стадії, може забезпечити необхідною підтримкою, коли дитина почне розуміти неефективність стратегії «укладання угод» і почне переживати повну емоційну дію втрати.

Стратегії для фахівців:

1. Зрозуміло говорити з дитиною про причини розділення і розміщення, переконатись у тому, що дитина розуміє, що вона не несе відповідальності за те, що сталося.
2. Допоможіть дитині зрозуміти, що може змінитися у її житті, і те, як соціальні працівники реалізують спроби допомогти їй або її сім'ї для того, щоб їм згодом було безпечно там знаходитись.

Депресія

Загальний опис стадії:

- Ця стадія характеризується проявами відчаю і марності, апатичності, з екстраординарними епізодами тривоги і паніки або без них, відчуження, узагальненої відсутності інтересу до людей, оточення або діяльності. Дитину дуже часто не можливо заспокоїти.

Поведінкові прояви у дітей:

- Здається, дитина втрачає надію і відчуває на собі повну дію втрати.
- Як правило, спостерігається соціальне, емоційне відчуження і відмова реагувати на інших людей.

- Дитина може бути дратівливою, може плакати і провокувати.
- Дитина виявляє ознаки занепокоєння і легко лякається.
- Дитина може легко засмучуватися і розчаровуватися через маленькі події і стреси.
- Дитина може бути апатичною, неенергійною.
- Дії є механічними, неспрямованими, дитина в них нічого не вкладає, не виявляє цікавості.
- Дитина може бути неуважною, нездатною сконцентруватися на чомусь, мати розсіяну увагу.
- Проявляється регресивна поведінка (смоктання великого пальця, інциденти відносно ходіння в туалет, дитячий лепет).
- Загальна емоційна напруга може спостерігатися як в емоційних, так і фізичних симптомах, особливо у маленьких дітей: пхикання, плач, розгойдування, биття головою, відмова від їжі, сонливість, порушення травлення, схильність до застуди, грипу й інших захворювань.

Діагностичні наслідки:

- Це — критичний період у стосунках дитини з батьками. Як тільки дитина пройшла період туги, буде надзвичайно складно знову налагодити стосунки батька/дитини.
- Може виникнути проміжок часу між розділенням і початком депресії.
- Фахівці можуть почувати себе розбитими і безпорадними тому, що нічого не можуть вдіяти.
- Соціальний працівник, який визнає депресію дитини як частину процесу туги, зможе ефективніше підтримати дитину, збільшувати кількість відвідувань, щоб запобігти у дитини емоційному віддаленню від батьків.

Стратегії для фахівців:

1. Забезпечте емоційною підтримкою і схваленням.
2. Дайте дитині можливість поділитися почуттями з новим або іншим важливим дорослим.
3. Спостерігайте за старшими дітьми шкільного віку і підлітками відносно суїцидальних проявів.
4. Поділіться особистими втратами з дитиною і поспівчуйте її втраті, горю.
5. Забезпечте дитину частими контактами з сім'єю, друзями або іншими, до кого дитина виявляє стійку прихильність.

Рішення

Загальний опис стадії:

- Ознаки депресії і горя зменшуються. Дитина починає реагувати на людей більш адекватно.
- Дитина починає інвестувати емоційну енергію в сьогодення або у планування майбутнього, менше перебуває у роздумах про минуле.

- Завершальна стадія засмученості закінчується, коли дитина повертається до активного життя.

Поведінкові прояви у дітей:

- Дитина починає розвивати сильнішу прихильність на новому місці, якщо це можливо, пробує знайти власну нішу в структурі групи.
- Дитина може почати ідентифікувати себе як частину групи і демонструвати сильніші емоційні прихильності до її членів.
- Дитина може ще раз отримати задоволення від нормальної дитячої гри.
- З'являється цілеспрямована діяльність. Дитяча гра і діяльність стають більше зосередженими і грайливими. Дитина здатна краще концентруватися.
- Емоційні реакції на напружені ситуації зменшуються, оскільки дитині стає безпечніше в новому оточенні.

Діагностичні наслідки:

Поведінку, яка свідчить про стадію ухвалення рішення, в цілому є хорошим показником, якщо у справі дитини має місце його постійне відділення від сім'ї. З іншого боку, це буде неправильним і шкідливим чинником, якщо план дитини передбачає возз'єднання.

Стратегії для фахівців:

1. Працювати у напрямі формування постійного середовища для дитини до-сить інтенсивно, зважаючи на необхідність підтримувати прив'язаність дитини до власної або до нової сім'ї.
2. Відповідати на питання щодо її рідної сім'ї і попередніх переміщень.

5.6. Специфіка соціально-психологічної роботи з дітьми, які опинились у СЖО

Діти, які опинились в СЖО та зазнали несприятливих умов соціалізації, що негативно та травматично відбилась на їх розвитку, потребують спеціально організованої реабілітаційної роботи. Таку роботу неможливо здійснити в умовах вулиці.

Реабілітація (від лат. *rehabilitatio* — придатність, спроможність) — це поновлення здатності до нормального життя, що забезпечується різними методами лікування, а також застосуванням спеціальних форм організації життєдіяльності. Реабілітація передбачає комплексну, багаторівневу, поетапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямовану на відновлення дитини у правах, статусі, здоров'ї, дієздатності у власних очах і серед оточуючих. Йдеться про такі види реабілітації, як: соціальна, медична, психолого-педагогічна.

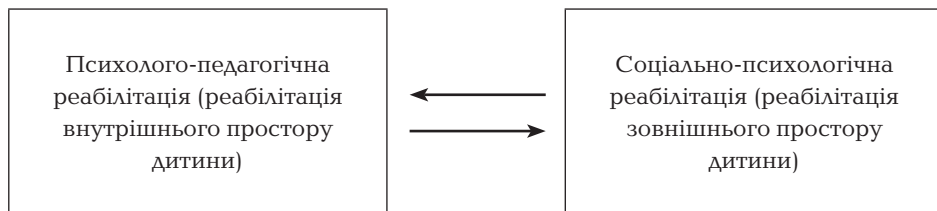
Соціальна реабілітація — це вид соціальної роботи, спрямований на реалізація системи заходів щодо відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок стану здоров'я зі стійкими розладами функцій організму (інвалідність); зміни соціального статусу (люди похило-

го віку, безробітні, біженці). **Метою соціальної реабілітації** є повернення особистості до суспільно корисної діяльності, формування позитивного ставлення до життя, праці, навчання; спрямування поведінки у відповідність до загальноприйнятих суспільних правил та норм. **Медична реабілітація** — здійснення медичного обстеження дитини, діагностики захворювань, організації та проведення лікування, диспансерного обліку дітей з хронічними захворюваннями. **Психолого-педагогічна реабілітація** — це діагностика, корекція та відповідна психотерапевтична робота щодо відновлення психічного здоров'я та самопочуття дитини. **Метою психолого-педагогічної реабілітації** особистості є формування в неї здатності до самостійної творчої реалізації власного життя, уміння жити в нових суспільних умовах, долаючи або компенсуючи певні особистісні обмеження. Зокрема під психологічною реабілітацією розуміють вплив на психічну сферу, спрямований на подолання у свідомості уявлення про безвихідність становища, відновлення захисних сил організму, формування впевненості та мотивації щодо подолання кризової ситуації

Процес реабілітації передбачає реалізацію наступних складових: профілактики і корекції відхилень у розвитку особистості. **Профілактика** у системі реабілітації пов'язана з ліквідацією, згладжуванням, зняттям причин, умов і факторів, які викликають те чи інше відхилення у розвитку особистості. Найчастіше вона пов'язана з середовищем, в якому проживала дитина. Під **корекцією** розуміють певну форму психолого-педагогічної діяльності, тобто сукупність педагогічних впливів, спрямованих на виправлення недоліків в розвитку психіки дитини, якщо вони не виходять за межі психічного здоров'я. Розрізняють два основні напрями психокорекційної роботи з дітьми: 1) з опорою переважно на індивідуальну та групову форми роботи з дітьми (індивідуальне консультування, групові тренінги); 2) за допомогою впливу на педагогічний процес (індивідуалізація навчання та виховання; корекція виховних впливів і оптимізація взаємодії між вчителями та дітьми).

Загалом **модель соціально-психологічної допомоги дітям**, які опинились у СЖО, повинна передбачати наступне: процес соціально-психологічної реабілітації бездоглядних та безпритульних дітей повинен здійснюватися шляхом реалізації **комплексного підходу**. Зокрема психолого-педагогічної реабілітації внутрішнього простору дитини, тобто проведенням безпосередньої психолого-педагогічної роботи з дитиною, її соціальний супровід, а також соціальної реабілітації зовнішнього простору дитини, тобто її соціального середовища — родини, опікунів, прийомних батьків тощо).

Схема комплексного підходу до реабілітації дітей



Відповідно до зазначеної схеми процес реабілітації має здійснюватись па-

рально: як шляхом надання допомоги дитині, так і батькам. Це означає, що пошук найкращих форм влаштування дитини вимагає першочергово повноцінного обстеження біологічної родини, роботу з родичами і привертання їх уваги до дитини, а при неможливості повернення дитини в біологічну сім'ю — пошук нової родини (опікунської, прийомної тощо). Цей процес передбачає активну роботу з біологічною родиною з моменту потрапляння дитини в поле зору соціальних працівників, психологів та інших; формування у батьків мотивації на співробітництво, пошук сімейних ресурсів, допомога батькам у вирішенні власних проблем, які перешкоджають нормальним контактам з дитиною.

Ефективна робота з батьками можлива лише за умови підтримки, орієнтованої на контакт і розуміння, а не засудження та оцінювання зі сторони персоналу притулку чи центру. Під час роботи з біологічними батьками необхідно пам'ятати, що звільнення від турботи про дитину може сприяти посиленню алкоголізації чи загостренню інших проблем.

Соціальному працівникові варто пам'ятати! Відпрацювання травматичного досвіду і вирішення проблем дитини в поведінці, взаємодії з іншими дітьми та дорослими, навчання не можуть здійснюватися лише соціальним працівником чи психологом в ході однієї чи декількох зустрічей на тиждень. Цей процес, крім індивідуальної роботи, вимагає створення терапевтичного середовища, формування у дитини відчуття безпеки, встановлення контакту з дитиною, формування довірливих взаємовідносин, прояву уваги до внутрішніх проблем дитини.

Формами роботи з дітьми є система діяльності реабілітаційних, кризових центрів, а також безпосередні форми роботи з дитиною: індивідуальні, групові, міжгрупові, масові. Оскільки у дітей, які зазнали насильства в родині, формується травматичний досвід, що супроводжується травматичними переживаннями та проявляється у формі неадекватних поведінкових реакцій, тому для їх реабілітації доречно застосовувати наступні методи психології та психотерапії, як: індивідуально кризове консультування, ігрова терапія, арт-терапія, казкотерапія, психодрама, соціотерапія, сімейна терапія.

У процесі проведення соціально-психологічної роботи з дітьми необхідно дотримуватись наступних **принципів роботи** з ними:

- **принцип дотримання інтересів дітей:** оцінка потреб дитини та її соціального оточення, а також захист прав та інтересів дитини;
- **принцип добровільності:** без згоди підлітків на співпрацю в процесі надання їм допомоги соціальний працівник обмежується функціями спостерігача;
- **принцип прийняття:** варто пам'ятати, що всі вчинки дитини на вулиці продиктовані насамперед прагненням вижити в складних умовах. *Лише після сформованих довірливих відносин можна висловлювати власну думку про різні вчинки дитини;*
- **принцип довіри:** основний фактор встановлення довірливих стосунків — це відмова від підозр щодо інформації, яку надає підліток у процесі спілкування;
- **принцип єдиної команди:** 1) тісна співпраця всіх вуличних працівників

дозволить тримати в полі зору всіх дітей; 2) робота в команді дозволить організовувати масштабні заходи (спортивні, культурні та ін.), які сприятимуть знайомству дітей і тим самим знижуватимуть територіальну напругу серед них;

- **принцип відкритості:** діти надзвичайно чутливі до брехні, особливо ті, які мають такий досвід з боку дорослих. Тому необхідно бути чесними або достатньо сказати, що ви не знаєте відповідь на це запитання, або поки що не може дати відповіді на нього.

За умов проживання дитини протягом певного часу на вулиці **першочергово робота з нею починається саме в умовах вулиці**. При цьому соціальному працівникові необхідно дотримуватись **основних фаз встановлення контакту в умовах вулиці з дитиною**, особливо підліткового віку:

1) перша фаза — короткотривалий перший контакт з дитиною (10-15 хв.). На цій фазі добре спрацює прохання сприяти в пошуку дітей, які потребують допомоги, на що «діти вулиці» із задоволенням погоджується. На завершення розмови варто попередити дітей, що тепер ви часто в силу своїх обов'язків будете приходити (можна вказати час) і сподіваєтесь на їхню допомогу;

2) друга фаза — не поспішати ставити багато запитань, діти мають звикнути до Вас, щоб бути досить відвертими.

Якщо відбувається знайомство з дитиною дошкільного (3-6 років) чи молодшого шкільного віку (7—9-10 років), не варто лякати дитину прямими твердженнями типу «Ми тебе зараз заберемо», а познайомитись з дитиною, запитати, чому вона сама на вулиці, де її батьки, а потім запропонувати дитині поїхати до центру, в якому є дітки, та пошукати її батьків.

Модель виходу дітей на вулицю та їх повернення (за А.Й. Капською та Н.М. Комаровою) передбачає наступні стадії виходу дитини на вулицю та стадії повернення дитини з вулиці:

1. Стадія байдужості — дитина навіть не розглядає можливість виходу на вулицю.

2. Стадія роздумів — дитина по-справжньому замислюється над тим, щоб залишити домівку й піти на вулицю.

3. Підготовча стадія — дитина має намір вийти на вулицю.

4. Стадія дії — дитина практично реалізує кроки для виходу на вулицю.

5. Стадія підтримки дії — дитина перебуває на вулиці.

1а. Стадія байдужості — дитина навіть не розглядає питання можливості повернення додому чи іншого варіанту повернення з вулиці.

2а. Стадія роздумів — дитина по-справжньому розмірковує над тим, щоб повернутися з вулиці.

3а. Підготовча стадія — дитина приймає рішення повернутися з вулиці найближчим часом.

4а. Стадія дії — дитина робить спроби повернутися з вулиці.

5а. Стадія підтримки дії — дитина, яка повернулася з вулиці, назад не

повертається.

Основними завданнями роботи соціального працівника з дитиною в умовах вулиці є з'ясування причин, через які дитина потрапила на вулицю, повернення дитини в біологічну сім'ю за умов сприятливого сімейного середовища, яке не загрожуватиме життю та здоров'ю дитини. Якщо відразу з вулиці неможливо повернути дитину в біологічну сім'ю через неготовність сім'ї або небажання дитини, необхідно мотивувати дитину на тимчасове її влаштування до центру соціально-психологічної реабілітації. Діти, потрапляючи до притулків для дітей чи центрів соціально-психологічної реабілітації, завжди травмовані як минулим досвідом, так і актуальною ситуацією через розміщення до нового закладу. Відповідно сам контакт з дітьми переважно ускладнений. Діти не налаштовані на спілкування з фахівцями, оскільки відчувають шок, розпач, можуть виявляти істерики, агресію або депресію тощо.

Варто розуміти, що встановлення первинного контакту з дитиною є наперед запорукою успіху надання соціально-психологічної допомоги дитині, яка опинилась у СЖО. При цьому основоположним у встановленні контакту з дитиною є позитивний емоційний фон, створення ситуації безпеки, безумовного прийняття, довіри та відкритості.

На думку А.Є. Лічко, першу бесіду з дитиною, особливо підліткового віку, варто проводити за певним тактичним планом. Під час первинного етапу взаємодії з дитиною фахівцем не варто ставити завдання дізнатися якомога більше інформації про неї. Оскільки таке завдання не відповідає етапу первинного знайомства з дитиною.

Для встановлення контакту з дитиною та ефективної комунікації необхідно використовувати **методику контактної взаємодії Л.Б. Філонова**. Її автор розуміє *контакт* як довірливі відносини, позитивний психічний стан, інструмент дослідження та корекції. Метою використання методики є скорочення дистанції між людьми та саморозкриття особистості у процесі спілкування.

Контактна взаємодія — це така модель поведінки ініціатора контакту, яка викликає та посилює у іншої людини потребу в контакті, продовження спілкування, потребу у висловлюваннях та повідомленнях.

Методика контактної взаємодії передбачає *шість стадій взаємодії*:

1. Стадія накопичення згоди — передбачає нейтралізацію настороженості, тривожності партнера, розвідувальний пошук спільних тем для розмови. На цій стадії прагнуть досягти первинної співзвучності, збігу у висновках та судженнях. Краще уникати порад, переконань, нав'язливості.

Основна тактика: схвалення, згода, безумовне прийняття.

Результат: прийняття згоди.

2. Стадія пошуку спільних інтересів — на цій стадії важливо знаходити і зважати на погляди, що збігаються, схожість позицій, однакові захоплення. Фахівець нібито стає на один рівень із дитиною і доводить їй, що вони можуть зрозуміти одне одного. Важливо виявити зацікавленість у тому, що хвилює та цікавить співрозмовника.

Основна тактика: рівні стосунки, зацікавленість, підкреслення унікаль-

ності особистості.

Результат: позитивний емоційний фон, згода.

3. Стадія взаємного прийняття для обговорення особистих справ — до початку цієї стадії спілкування вже має позитивне емоційне забарвлення, відповідно можна починати шукати міцніше підґрунтя для поглиблення стосунків. Важливо показати, що незалежно від фактичного стану справ фахівець беззастережно приймає ті позитивні якості, які дитина собі приписує. Потрібно підвести співрозмовника до висновку, що спільними в них є не лише інтереси, а й погляди.

Основна тактика: прийняття того, що пропонує партнер, авансування довіри.

Результат: створення ситуації безпеки, безумовне прийняття особистості.

4. Стадія виявлення якостей, небезпечних для взаємодії — на цій стадії настороженість дитини послаблено настільки, що вона може поділитися своїми тривогами з приводу її негативних якостей, вдатися до самокритики. У дитини з'являється потреба розкритися повністю.

Основна тактика: прийняття позитивного без обговорення, сумніву, заперечення.

Результат: ситуація довіри, відкритості.

5. Стадія реалізації способів індивідуального впливу та взаємної адаптації (або адаптивна поведінка партнерів) — на цій стадії психологічне підґрунтя спілкування вже настільки міцне, що можна переходити до реалізації мети, яку ставив перед собою ініціатор спілкування, тобто відверто говорити про те, що потрібно змінити дитині в поведінці чи характері.

Основна тактика: відкрите висловлювання, стимулювання діалогу, поради.

Результат: визначення об'єкта і предмета змін та перетворень.

6. Стадія встановлення оптимальних взаємовідносин — передбачається визначення спільних планів дій, написання планів щодо власних змін. Лише на цій стадії необхідно починати принципові дискусії з тих проблем, які були окреслені перед початком взаємодії. Оскільки установки нейтралізовано, взаємну довіру встановлено, відповідно виникає можливість неупереджено прислухатися до порад та побажань.

Основна тактика: спільні наміри.

Результат: згода на виконання затвердженого плану.

Ознаками встановленого контакту із дитиною є:

- взаємне особистісне сприйняття фахівця та дитини, відкритість у стосунках та відвертість у висловлюваннях;
- згода з головним змістовним положенням взаємодії. Сприйняття думок фахівця та дитини як значущих, розвиток їх у подальшому спілкуванні;
- єдність оцінюючих суджень;
- наявність емоційного резонансу;

- збереження інтересу до подальшої взаємодії;
- високий рівень контакту очей у бесіді;
- узгодженість поз, міміки та інтонації у діалозі.

Таким чином, саме формування доброзичливих, позитивних, безпечних стосунків з дитиною забезпечить можливість здійснення корекції сформованих негативних моделей поведінки. На практиці це означає, що якщо фахівцю вдається сформувати такі взаємовідносини з дитиною, переборюючи нехтування та недовіру з боку дитини, відповідно це може привести до змін дитини як щодо себе, так і до інших людей. Умовою дієвості таких стосунків є їх стійкість та достатня тривалість. Подібні терапевтичні відношення не можуть встановлюватися дитиною одночасно з багатьма фахівцями, вони повинні бути зосереджені переважно на одній людині (в закладах соціального захисту відповідну функцію, як правило, виконує психолог).

У процесі взаємодії з дітьми у притулках, центрах соціально-психологічної реабілітації необхідно дотримуватись основних **правил роботи з дітьми (за Лендретом)**:

- Я не всезнайка.
- То я і не намагатимуся ним бути.
- Я хочу, щоб мене любили.
- Тому я буду відкритим до дітей, які мене люблять.
- Я так мало знаю про складні лабіринти дитинства.
- Тому я дозволю дитині мене вчити.
- Я краще засвоюю знання, які я набуваю через свої особисті зусилля.
- Тому я об'єдную свої зусилля із зусиллями дитини.
- Інколи мені потрібно укриття.
- Тому я надам укриття дітям.
- Я люблю, коли мене сприймають таким, який я є насправді.
- Тому я намагатимуся співчувати дитині й цінувати її.
- Я роблю помилки.
- Тому я буду терплячим до людської сутності дитини.
- Приємно відчувати себе начальником і знати відповіді на всі запитання.
- Тому мені прийдеться багато працювати, щоб захистити дитину від себе.
- Я не можу зробити так, щоб страх, біль, розчарування і стреси зникли із життя дитини.
- Тому я намагатимуся полегшити їх удари.
- Я відчуваю страх, коли я незахищений.
- Тому я торкатимуся до внутрішнього світу дитини з ніжністю і добротою.
- Я гостро і емоційно реагую на події своєї реальності.
- Тому я намагатимуся самотійно входити в життя дитини.
- Своє життя можу прожити лише я сам.
- Тому я не вчитиму дитину, як жити.

- Майже все, що я вмію, я вивчив на власному досвіді.
- Тому я дозволю дитині набувати особистий досвід і робити особисті помилки.
- Я знаходжу волю жити лише всередині себе.
- Тому я прийматиму, поважатиму й розвиватиму особистість дитини.

Література:

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. — М.: Генезис, 2005. — 256 с. — (Неблагополучная семья: преодоление кризиса)
2. Боб'як Т.І. Психокорекційна робота з дітьми та підлітками, що зазнали насильства. — Львів: ВНТЛ, 1999. — 48 с.
3. Боулби Джон Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В.В. Старовойтова — 2-е изд. — М.: Академический Проект, 2006. — 232 с.
4. Голик А.Н. Социальная психиатрия сиротства. — М. 2000. — Лаборатория базовых знаний. — 192 с.
5. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения, и их родителям. / Под. ред. Сафоновой Т.Я., Цымбала Е.И. — М., 2001. — 124 с.
6. Журавлева Т.М., Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И. Помощь детям — жертвам насилия. — М.: Генезис, 2006. — 112 с.
7. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений / Елена Валерьевна Змановская. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 328 с.
8. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага. 1984. — 334 с.
9. Максимова Н.Ю. Безпека життєдіяльності: Соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії: Навч. посібник. — К.: Либідь, 2006. — 328 с.
10. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л. Соціально-психологічні аспекти проблеми насильства / Навчально-методичне видання. — К., 2003. — 344 с.
11. Комплексна реабілітація дитини: стратегія, технології, перспективи / Редкол.: С.О. Новік (голова), І.Г. Єрмаков, Л.І. Немоловська та ін. — К.: Студія сучасної соціальної реклами, 2003. — 190 с.
12. Насилие в семье: Особенности психологической реабилитации. Учебное пособие / Под. ред. Н.М. Платоновой и Ю. П. Платонова. — СПб.: Речь, 2004. — 154 с.
13. Овчарова Р.В. Практическая психология образования: Учеб. Пособие для студ. психол. фак. университетов. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 448 с.
14. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. — М.: Генезис, 2006. — 368 с.

15. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека. — СПб.: Речь, 2006. — 365 с.
16. Христенко В.Е. Психология жертвы: Учеб. пособие. — Харьков: Консум, 2001. — 256 с.
17. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. — 272 с.
18. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. — М.: Академический Проект; Трикста, 2005. — 336 с. — (Психологические технологии).

РОЗДІЛ 6

Надання першої допомоги при невідкладних станах

- 6.1. Принципи надання першої допомоги.
- 6.2. Патологія органів дихання.
- 6.3. Кровотечі.
- 6.4. Травми.
- 6.5. Болі.
- 6.6. Розлади шлунково-кишкового тракту.
- 6.7. Зміни шкірних покривів і слизових оболонок.
- 6.8. Передозування наркотичними речовинами.
- 6.9. Аптечка: вміст, призначення основних препаратів.

Надання першої допомоги при невідкладних станах

6.1. Принципи надання першої допомоги

Перша допомога — термінове виконання лікувально-профілактичних заходів, необхідних для збереження життя і здоров'я людей при нещасних випадках і раптових захворюваннях, що здійснюються **до прибуття лікаря** або до переміщення людини в лікарню.

Перша допомога проводиться без використання лікарських засобів і проведення медичних маніпуляцій. Першу допомогу може надавати будь-яка людина, що пройшла спеціальне навчання.

Першу допомогу необхідно відрізнити від першої **медичної** допомоги, яка проводиться з використанням лікарських засобів і медичних маніпуляцій обов'язково людиною з медичною освітою. Людина без медичної освіти не має права надавати медичну допомогу.

Метою цього розділу не є навчання прийомам першої допомоги — це прерогатива спеціалізованих установ, що організовують подібні курси і видають відповідні посвідчення державного зразка. Ми розглянемо загальні принципи надання першої допомоги в невідкладних ситуаціях, які можуть виникнути в установах, які надають послуги дітям з вулиці.

Основна мета першої допомоги — надання допомоги людині, до моменту прибуття кваліфікованої медичної допомоги (наприклад, бригади швидкої допомоги). Час до моменту отримання першої медичної допомоги має бути гранично обмежений.

Що робити насамперед, якщо перед Вами дитина або підліток, що потребує невідкладної допомоги? Найважливіше — це заспокоїтися і зосередитися. Для людини не досвідченої зробити це буває непросто. Вигляд дитини, що втрачає свідомість, задихається або спливає кров'ю, кого завгодно може ввести в заціпеніння. З іншого боку, часто навколо потерпілого збирається шумний натовп людей, що метушаться, чуються надричні, екзальтовані вигук «Помирає»!, «Допоможіть же хто-небудь заради Бога»! тощо, що супроводжуються заламуванням рук і закочуванням очей. Паніка може легко охопити і вас: у цьому випадку і вас може захопити вихор безглузких рухів і криків, а дитині так ніхто і не допоможе.

1. Отже, перед вами дитина, що потребує першої допомоги. Ваше завдання — зробити глибокий вдих, тривалий видих і подивитися на усю ситуацію холоднокривно, відчужено, ніби згори.

2. Потім, коли ви спокійно і без емоцій дивитеся на те, що відбувається,

ваше завдання — оцінити ситуацію. Виберіть, якщо це можливо, двох найврівноваженіших людей у кімнаті. Одну попросіть вивести усіх «зайвих» з приміщення. Зайві — це усі, хто не є медичними працівниками, особливо ті, хто поширює паніку. Іншу попросіть викликати швидку допомогу телефону. Якщо ви спочатку були наодинці з потерпілим — негайно самі викликайте швидку допомогу.

Як викликати швидку допомогу?

Розмовляючи з диспетчером служби «103», необхідно повідомити наступну інформацію:

1. Кількість потерпілих.
2. Стать і вік (наприклад: хлопчик близько 8 років, дівчинка близько 14 і т.п.);
3. Що сталося (наприклад: без свідомості, кровотеча з рани на передпліччі і т.п.);
4. Адреса: вулиця, будинок, корпус, під'їзд, поверх, номер квартири (офісу). Необхідно дати орієнтири (ЦУМ, ринок і т.д.) і обов'язково вказати, з якої вулиці краще всього заїжджати у двір.
5. Обов'язково залиште свій номер телефону.
6. Слухавку кладіть лише після того, як її повісить диспетчер.
7. У будь-якому випадку направте людину зустрічати бригаду швидкої допомоги.

147

Швидку допомогу необхідно викликати у наступних ситуаціях:

- безсвідомість або порушення свідомості;
- проблеми з диханням (ускладнене дихання або його відсутність);
- кровотеча;
- біль у животі;
- блювота кров'ю або кров'яні виділення (з сечею, калом, мокротою і т.п.);
- судом, сильний головний біль або невиразне мовлення;
- травми.

3. Після виклику швидкої допомоги необхідно оцінити стан дитини. Візуальна оцінка передбачає дослідження цілісності шкіряних покривів, наявності деформації або ампутації частин тіла, наявності або відсутності активних рухів.

Дитина без свідомості.

Для визначення, чи у свідомості дитина, необхідно поставити йому питання: «Тобі потрібна допомога? Що сталося?» і т.д. Якщо дитина не відповідає, злегка натисніть пальцями на його **трапецієподібний м'яз** (задня поверхня

шиї та верхній відділ спини).

Не штовхайте, не бийте і не рухайте дитину. Дитина, що не реагує на зовнішні подразники, може бути без свідомості.

1. Покласти потерпілого на спину, горизонтально з трохи піднятими ногами.
2. Розстебнути комір або звільнити від одягу, що заважає.
3. Забезпечити доступ свіжого повітря. До носа піднести ватку, змочену нашатирним спиртом або оцтом, одеколоном. Ними можна також натерти скроні.
4. Обтерти обличчя, шию хусткою, змоченою холодною водою
5. Якщо це сталося на вулиці, перенесіть у прохолодне місце, а якщо у приміщенні — відчиніть вікна.

Огляд людини, що знаходиться без свідомості

1. Перевірте прохідність дихальних шляхів. Для цього закиньте голову людини і підведіть підборіддя. Огляньте ротову порожнину і перевірте наявність дихання.
2. Про наявність дихання свідчать рух повітря з рота і носа та рух грудної клітки.

За наявності у ротовій порожнині чужорідних тіл і/або блювотних мас і слизу їх необхідно видалити. Це можна зробити одним-двома пальцями в латексних рукавичках або замотаних чистою хустинкою.

Якщо дихання спостерігається, необхідно надати дитині «відновлююче» або «дренажне» положення на підлозі або твердій поверхні.

Відновлююче положення тіла:

1. Найближчу до вас руку дитини перемістіть до голови в розігнутому положенні.
2. Іншу руку зігніть у лікті так, щоб її кисть лягла на протилежну частину грудної клітки.
3. Дальню від вас ногу дитини зігніть у коліні.
4. Підтримуючи однією рукою шию і голову дитини, іншою рукою потягніть зігнуте коліно на себе.
5. Покладіть дитину на бік так, щоб стегно зігнутої ноги знаходилося під прямим кутом до прямої ноги, фіксуючи нижню частину тіла в положенні «на боці».
6. Лікоть зігнутої руки повинен упиратися в підлогу, фіксуючи верхню частину тіла в положенні «на боці».
7. Трохи нахиліть голову дитини, що лежить на випрямленій руці, у бік підлоги і трохи відкрийте рот. Ця поза запобігає западанню язика і попаданню слини або блювотних мас у дихальні шляхи.

Якщо дихання не спостерігається, необхідно розпочинати серцево-легеневу реанімацію.

Серцево-легенева реанімація

Поверніть дитину на спину. Вона повинна лежати на підлозі або на жорсткій кушетці.

Затисніть ніс дитини, відкиньте її голову назад, припадiть ротом до рота дитини і зробiть видих (не сильний!).

Прикладіть долоні до нижньої третини грудини дитини і протисніть на 1/3 товщину грудної клітки. Не намагайтеся давити сильніше, це може привести до травми грудної клітки дитину. Ваші плечі повинні знаходитися чітко вертикально над вашими долонями — робіть натискання не силою рук, а вагою свого тіла.

Не кваптеся перш, ніж починати наступне натискання, треба дочекатися підняття грудної клітки в початкове положення.

Дитині до року непрямий масаж серця роблять 4 пальцями (вказівними і середніми).

Продовжуйте повторювати цикл штучного дихання з одного видиху і чотирьох натисків на грудну клітку (1:4) до прибуття швидкої допомоги.

Дитина у свідомості.

Якщо дитина знаходиться у свідомості, необхідно провести опитування. Опитування дозволяє оцінити стан свідомості і дізнатися про найбільш виражені скарги. Ця інформація може знадобитись фахівцям швидкої допомоги, якщо до їх приїзду дитина втратить свідомість і не зможе розповісти про все сама.

Як проводити опитування?

Виявлення скарг:

- Що сталося? Що з тобою?
- При отриманні нечітких відповідей, необхідно уточнити інформацію (наприклад, якщо дитина говорить «Мені погано», то як погано, що вона відчуває; чи «Мені боляче» — де саме болить, покажи пальцем і т.д.

Збір анамнезу (історії розвитку захворювання):

- Що сталося? Коли це почалося? З чим ти можеш пов'язати свій стан?
- Необхідно з'ясувати послідовність подій: з чого все розпочалося, що було потім? і т.д.

Оцінка стану свідомості:

- Як тебе звати? Скільки тобі років?
- Який сьогодні день (і який місяць)?
- Ти знаєш, де ти зараз знаходишся (місто, район, вулиця)?

Водночас оцінюється як правильність відповідей, так і швидкість психічних процесів (загальмованість, збудження).

6.2. Патологія органів дихання

Задишка.

Задишка — ускладнене дихання. Фізіологічна (природна або нормальна) задишка проявляється при інтенсивних фізичних навантаженнях (біг і т.п.). Задишка в стані спокою — ознака хвороби. Можливі причини:

1. Чужорідні тіла в дихальних шляхах (гортані, трахеї, бронхах).
2. Звуження дихальних шляхів (набряк гортані, бронхіальна астма і т.д.).
3. Запальні захворювання трахеї, бронхів і легенів (абсцес легені, пневмонія, туберкульоз легені та ін.).
4. Серцево-судинні захворювання.

Симптоми:

1. При задишці людина скаржиться на нестачу повітря або важкість у грудях при диханні.
2. Часто людина прагне прийняти сидяче положення з фіксацією плечового пояса, наприклад, сидячи за столом, спирається на лікті.

Задуха — крайня ступінь вираженості задишки. Задуха може бути викликана бронхіальною астмою, набряком легенів, ларингоспазмом, стенозом (звуженням) гортані, гострою серцевою недостатністю, алергічними реакціями (набряк Квінке).

Тактика консультанта:

1. Викликати швидку допомогу;
2. Допомогти прийняти клієнтові зручне положення, у важких випадках покласти на кушетку і підняти верхню частину тіла; забезпечити приплив свіжого повітря.
3. М'яко підтримати людину, пообіцявши швидкий приїзд лікарів. Захистити його від панічної атмосфери: скупчення людей, метушні і голосів.
4. Фахівці швидкої допомоги можуть прийняти рішення госпіталізувати пацієнта або залишити його на місці після поліпшення стану. У будь-якому випадку потрібне подальше диспансерне спостереження терапевта.
5. Обов'язково організувати консультацію фтизіатра.

Задишка може бути проявом істеричної реакції — неусвідомленим бажанням притягнути до себе увагу. Необхідно пам'ятати, що це не симуляція (людина насправді страждає) і не допускати спроб «розкрити неправду». Варто поводитися м'яко, спокійно і стримано в усіх випадках.

Кашель.

Кашель виникає внаслідок запальних реакцій, а також в результаті дії хімічних, механічних і термічних чинників. Можливі причини:

1. Трахеїт, бронхіт, пневомнія.
2. Туберкульоз легенів.
3. Плеврит.
4. Чужорідні тіла у трахеї і бронхах.
5. Бронхіальна астма та ін.
6. Алергія.

Кашель може супроводжуватися виділенням мокрот (більш-менш в'язкої, слизької, слизько-гнійної, кров'яної).

Тактика консультанта у тяжких випадках:

1. У разі інтенсивного, безперервного кашлю, кашлю з виділенням гною, крові, важкого загального стану клієнта необхідно викликати швидку допомогу.
2. Допомогти прийняти клієнтові зручне положення, у тяжких випадках покласти на кушетку і максимально підняти верхню частину тіла; по можливості опустити нижні кінцівки (напівсидяче положення).
3. М'яко підтримати людину, пообіцявши швидкий приїзд лікарів. Захистити його від панічної атмосфери: скупчення людей, метушні і голосіння.

Тактика консультанта в інших випадках:

1. За відсутності важкого загального стану і кровохаркання направити до чергового терапевта.
2. Обов'язково організувати консультацію фтизіатра.

6.3. Кровотечі

Кровотечею називається вилив крові з кровоносного русла в тканини і порожнини організму (черевну, грудну, черепну, в суглоби та ін.) або в зовнішнє середовище. Кровотеча виникає при будь-якому ушкодженні.

Крововтрата є однією з головних причин смерті осіб з травматичними ушкодженнями.

Причиною кровотечі є порушення цілісності судинної стінки, викликане тим або іншим чинником: травмою, арозією судин при різних захворюваннях і гнійних процесах, підвищенням артеріального тиску в судині, різким зниженням атмосферного тиску та ін. Проникність стінки судини для крові може бути пов'язана не лише з ушкодженням посудини, але і зі зміною хімізму крові, дією токсинів, порушенням вітамінного балансу в організмі та ін. Травма є найбільш поширеною причиною порушення цілісності судинної стінки. Результатом механічної травми можуть бути рани, забиття, переломи, хімічні і термічні ушкодження, що викликають опіки і руйнування судин, гнійне розплавлення стінки судини — ерозійну кровотечу. Підвищення артеріального або венозного тиску — звичайне явище при таких захворюваннях, як: гіпертонічна хвороба, артеріосклероз та ін. — може призвести до розриву стінки судини і кровотечі (інсульт, гемороїдальна кровотеча та ін.). Прикладами захворювань, що призводять до кровотечі у зв'язку зі зміною хімізму крові, мо-

жуть бути гемофілія, скарлатина, сепсис, цинга та ін. Захворювання можуть супроводжуватися кровотечами внаслідок порушення проникності судинної стінки, викликаного токсинами або авітамінозом.

Дифузне просочення кров'ю якої-небудь тканини (підшкірна клітковина, мозкова тканина та ін.) називається крововиливом, скупчення крові, обмежене тканинами, — гематомою.

Об'єм і характер виливу крові з кров'яного русла різні, тому важливе значення має класифікація кровотеч.

Класифікація кровотеч.

В основі кожної класифікації лежить певний принцип, який характеризує вид кровотечі.

Анатомічна класифікація виділяє кровотечі: артеріальні, венозні, капілярні і паренхіматозні (кровотечі в печінці, нирках, селезінці та легенях), які відрізняються один від одної клінічною картиною і особливостями методів зупинки.

Залежно від причини розрізняють:

а) кровотеча механічної природи — ушкодження судини, викликане механічною причиною;

б) кровотеча нейротрофічної природи — проникність судини викликана трофічними розладами його стінки (сепсис, скарлатина, цинга ін.).

З урахуванням клінічних проявів виділяють кровотечі: а) зовнішні; б) внутрішні; в) приховані.

При зовнішній кровотечі кров витікає в зовнішнє середовище або порожнистий орган, що сполучається із зовнішнім середовищем. Внутрішньою називається кровотеча в ту або іншу порожнину тіла (плевральна, черевна).

Клінічна картина кровотеч.

Клінічна картина кровотеч визначається ступенем крововтрати, особливостями ушкодження тканин, розміром травми, видом пошкодженої судини, її калібром, а також тим, куди відбувається крововтрата: у зовнішнє середовище, в порожнину тіла, органу або в тканини організму.

При артеріальній зовнішній кровотечі яскраво-червоного кольору кров витікає пульсуючим струменем. Така кровотеча швидко призводить до гострого недокрів'я (анемії). Для гострої анемії характерні наступні симптоми: наростаюча блідість, частий і малий пульс, прогресуюче зниження артеріального тиску, запаморочення, потемніння в очах, нудота, блювота, непритомність. Ці загальні симптоми є показниками гострого розладу гемодинаміки, знекровлення мозку, порушення його функції. Артеріальна кровотеча може швидко призвести до смерті у зв'язку з кисневим голодуванням, порушенням функції серцево-судинної системи, мозку.

Зовнішня венозна кровотеча характеризується повільним витіканням темної крові. При пораненні великих вен з підвищеним внутрішньовенозним тиском, частіше внаслідок ускладнення відтоку, кров може витікати струме-

нем, але цей струмінь, як правило, не пульсує. Рідко спостерігається легка пульсація витікаючої крові і при венозній кровотечі. Це явище зумовлюється передачею пульсової хвилі з артерії, що проходить поряд з пошкодженою веною. Поранення великих вен шиї небезпечно можливістю розвитку повітряної емболії мозкових судин або судин серця внаслідок того, що у момент вдиху в цих венах виникає негативний тиск.

Капілярна і паренхіматозна кровотеча характеризується тим, що кровотокує уся ранева поверхня, дрібні судини і капіляри. Внаслідок того, що судини паренхіматозних органів (печінка, селезінка, нирки та легені) не можуть повністю скоротитись, така кровотеча, зазвичай, тривала та її важко зупинити.

Клінічна картина внутрішньої кровотечі залежить від пошкодженого органу і порожнини, в якій скупчується кров. Розрізняють загальні і місцеві симптоми внутрішньої кровотечі.

Загальні симптоми однакові для усіх видів кровотечі, зокрема і для внутрішніх кровотеч в різні порожнини. Вони спостерігаються при значній крововтраті і полягають в появі ознак гострої анемії (блідість, запаморочення, непритомність, частий і малий пульс, прогресуюче зниження артеріального тиску).

Місцеві симптоми різні. При кровотечі в порожнину черепа розвиваються симптоми здавлення мозку; кровотеча в плевральну порожнину (гемоторакс) супроводжується здавленням легені ураженої сторони, що викликає задишку; відзначаються також обмеження дихальних екскурсій грудної клітки, тупість при перкусії, послаблення голосового тремтіння, послаблення дихальних шумів на боці скупчення крові. При діагностичній пункції грудної клітки виявляють наявність крові у плевральній порожнині.

Кровотеча в черевну порожнину виникає при підшкірних розривах паренхіматозних органів (селезінка, печінка та ін.), розриві маткової труби при трубній вагітності, пораненнях органів черевної порожнини та ін. і проявляється симптомами роздратування черевини (болі, напруження м'язів живота, нудота, блювота та ін.). Як правило, наростають симптоми гострої анемії та недокрів'я, ступінь якого залежить від об'єму крововтрати.

Небезпеки і результати кровотечі.

Кровотечі небезпечні передусім розвитком гострого недокрів'я і знекровленням мозку (синдром гострої крововтрати). Хворий може померти від порушення функції життєво важливих центрів. Вважається, що швидке пониження максимального артеріального тиску до 80 мм рт. ст. або зниження змісту гемоглобіну на 1/3 від початкових величин при гострій втраті крові надзвичайно небезпечно для життя, оскільки компенсаторні процеси не встигають розвинути і попередити анемію мозку. При повільній (впродовж декількох тижнів) крововтраті організм пристосовується до хронічного недокрів'я і може функціонувати тривалий час, навіть якщо рівень гемоглобіну дуже низький.

При внутрішній кровотечі кров, що вилася в замкнену порожнину, може здавити життєво важливий орган (мозок, серце, легені та ін.), порушити його функцію і створити пряму загрозу для життя хворого. Здавлення судин, що живлять тканини, іноді призводить до омертвіння кінцівки. При поранен-

ні великих вен, особливо на шії або в рубцево змінених тканинах, в яких судини при ушкодженні не спадаються, завжди існує небезпека проникнення повітря у вену і далі — у праве передсердя, шлуночок і в легені, таким чином, виникає небезпека розвитку повітряної емболії..

Кров, що знаходиться у кровоносній судині, має бактерицидні властивості, тоді як кров, що вилася в тканини і порожнини, стає поживним середовищем для мікробів. У зв'язку з цим при внутрішніх або внутрішньотканевих скупченнях крові, при крововиливах завжди існує небезпека інфекції — нагноєння. Наприклад, розвиток гноєподібної інфекції при гемотораксі викликає гнійний плеврит, нагноєння при гемартрозі — гнійний артрит.

Якщо при кровотечі не надати медичну допомогу, то ситуація завершиться мимовільною зупинкою кровотечі або розвитком знекровлення і смертю від анемії мозку і порушення серцево-судинної діяльності.

Зупинка кровотечі.

Розрізняють мимовільну і штучну зупинки кровотечі, а також тимчасову і остаточну.

Тимчасова зупинка кровотечі.

До способів тимчасової зупинки кровотечі відносять накладання стискаючої пов'язки, підведення положення кінцівки, максимальне згинання кінцівки в суглобі і здавлення судин, що відбувається у певній зоні, пальцьове притиснення, накладання джгута. Застосування будь-якого способу повинне передбачати негайну доставку хворого до лікувальної установи, в якій може бути забезпечена остаточна зупинка кровотечі. Тимчасова зупинка кровотечі нерідко може призвести до остаточної її зупинки у зв'язку з утворенням тромбу в пораненій судині.

Кожен з існуючих способів тимчасової зупинки кровотечі має позитивні і негативні аспекти та використовується при певних показаннях як самостійний або комбінований (наприклад, стискаюча пов'язка і підведення положення кінцівки). Накладання стискаючої пов'язки на рану, що кровоточить, сприяє підвищенню внутрішньотканевого тиску і зменшенню просвіту пошкоджених судин, що призводить до утворення тромбів у них. Показанням для накладання стискаючої пов'язки є будь-яке поранення, головним чином кінцівки, без чітких ознак ушкодження великої судини, коли необхідно віддати перевагу накладенню джгута. Недоліком стискаючої пов'язки є те, що вона не забезпечує зупинку кровотечі при пораненні великих судин і, здавлюючи тканини, призводить до порушення кровообігу в периферичних відділах кінцівок.

Підведення положення кінцівки дозволяє зупинити кровотечу головним чином при ушкодженні вен. Цей метод частіше застосовують в комбінації з накладанням стискаючої пов'язки.

Максимальне згинання колінного суглоба при пораненні підколінної артерії, ліктьового суглоба при ушкодженні плечової артерії в ліктьовому згині, тазостегнового суглоба при ушкодженні стегнової артерії в паховому відділі іноді призводить до тимчасової зупинки кровотечі, що дозволяє доставити потерпілого в хірургічне відділення.

Пальцьове притискання для тимчасової зупинки кровотечі застосовують

рідко. Ним користуються в порядку надання екстреної допомоги. При пальцювому притисканні судини нерідко здавлюються розташовані поруч великі нервові стовбури, що викликає сильні болі. Тривала зупинка кровотечі цим способом неможлива внаслідок стомлення руки, навіть при роботі двома руками, накладеними одна на одну, коли можливий їх попереми́нний відпочинок. При щонайменшій нагоді пальцюве притискання замінюють накладанням джгута.

Накладанням джгута досягаються здавленням м'яких тканин кінцівки разом з кровоносними судинами і притиснення їх до кисті. Найбільше поширення отримав джгут Есмарха, що є товстою гумовою трубкою завдовжки до 1,5 м, на одному кінці якої за укріпленням металевий ланцюжок, а на іншому — гачок. Застосовується для зупинки кровотечі тільки з судин кінцівок.

Техніка накладення джгута при артеріальній кровотечі має таку послідовність. Навколо основи піднятої кінцівки накладають сильно розтягнутий джгут, яким охоплюють кінцівку 2-3 рази, після чого зав'язують його або закріплюють гачком до ланцюжка. З метою попередження затиснення шкіри під джгут підкладають рушник. Джгут застосовують у випадку поранення артерії і накладають його вище над місцем ушкодження так, щоб він повністю перетискав артерію. Слабо накладений джгут здавлює тільки вени, що призводить до застою крові в кінцівці і посилення кровотечі. При пораненні тільки вен, як правило, не потрібно накладати джгут, оскільки кровотечу можна зупинити, наклавши стискаючу пов'язку, піднявши кінцівку і поліпшивши відтік. Правильність накладення кровозупиняючого джгута визначається зникненням периферичного пульсу на кінцівці і припиненням кровотечі. За відсутності джгута можна використати підручні засоби. Наприклад, хустку (див. мал.).

Після накладання джгута повністю припиняється кровообіг у кінцівці, чим створюється загроза омертвіння. Тому джгут не можна залишати більше, ніж на 2 год. У супровідному документі або на шматочку білої клейонки, прикріпленому до джгута, вказують час його накладення. Можливість негайної і повної зупинки кровотечі при ушкодженні судин кінцівки є позитивним аспектом цього способу.

Проте спосіб зупинки кровотечі за допомогою джгута має недоліки:

- 1) відбувається здавлення не лише артерій, але і нервових стовбурів, що може привести до парезу (напівпаралічу) або паралічу кінцівки;
- 2) небезпека гангрени кінцівки при здавленні її джгутом впродовж більше 2 год.;
- 3) припинення кровообігу в кінцівці знижує опірність тканин інфекції і зменшує їх регенеративні властивості, а припинення доставки тканинам кисню створює сприятливий ґрунт для розвитку анаеробної (безкисневої) інфекції. Враховуючи це, необхідно накладати джгут чітко за показаннями і завжди вживати термінові заходи щодо остаточної зупинки кровотечі.

Для зменшення несприятливої дії такого способу знекровлення рекомендується впродовж 2 год. 1-2 рази розпускати джгут на декілька хвилин, чергуючи його з пальцювим притисненням судини. При цьому джгут повторно потрібно накладати трохи вище за попереднє місце накладання. Це поліпшує живлення тканин і підвищує їх опірність, що особливо важливо при транспор-

туванні потерпілих в холодну пору року (особливо взимку).

Окрім джгута, для зупинки кровотечі користуються також гумовим бинтом, який менше травмує тканини.

Не рекомендується накладати джгут на кінцівки, уражені гострою хірургічною інфекцією, при ураженні судин (артеріосклероз, тромбофлебіт та ін.), щоб уникнути поширення процесу або розвитку емболії.

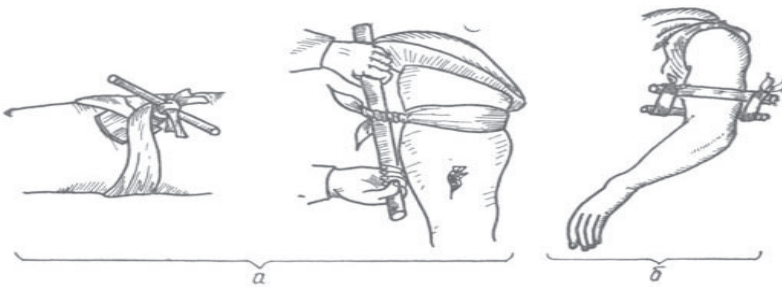
Джгутом користуються і при кровотечах з великих вен кінцівок. У таких випадках джгут накладають нижче місця ушкодження судини, прикладаючи таку силу, що викликає здавлення лише поверхневих вен, і на термін до 6 годин.



156

Тимчасова зупинка пальцевим притисканням при кровотечі:

- 1 — з підключичної артерії;
- 2 — з пахвинної артерії;
- 3 — з стегнової артерії;
- 4 — з плечової артерії;
- 5 — з сонної.



Місця накладання джгута Есмарха для зупинки кровотечі:

- 1 - на гомілку; 2 - на стегно; 3 - передпліччя; 4 - плече; 5 - плече (високе) з фіксацією до тулуба; 6 - на стегно (ввисоке) з фіксацією до тулуба.
- Замість стандартного джгута можна використовувати різні закрутки-турнікети.

Тимчасова зупинка кровотечі подручними засобами:

- а — закрутою; турнікетом.

Носова кровотеча

Витікання крові з передніх носових отворів може бути спонтанним (ми-мовільним) або виникнути в результаті травми.

Можливі причини:

1. Підвищення артеріального тиску.
2. Зміни судин (наприклад, в результаті вдихання токсичних речовин).
3. Хвороби системи крові, нирок, печінки.
4. Інфекційні захворювання (кір, коклюш, грип та ін.).
5. Різке пониження атмосферного тиску.
6. Гіпертермія (наприклад, при тепловому ударі).
7. Чужорідне тіло.

Симптоми:

1. Витікання яскраво-червоної, непінистої крові з передніх носових отво-рів, течія крові по задній стінці глотки.
2. Кров може виділятися з носа по краплях або струменем. У результаті заковтування великої кількості крові може виникнути блювання.
3. При тривалій, особливо прихованій, носовій кровотечі розвивається переднепритомний і непритомний стан: блідість шкіри, холодний піт, слабкий і частий пульс, падіння артеріального тиску.

Тактика консультанта:

1. Посадити хворого, нахилити голову вниз (запобігання затіканню крові у шлунок). Можливе короточасне застосування холоду на перенісся.
2. Заборонити терти ніс, колупатися і сякати.
3. Притиснути крило носа до перегородки носа, перед цим можна ввести в носовий хід марлеву кульку (сухий або змочений 3% розчином пере-кису водню), покласти лід або марлю, змочену в холодній воді на пере-нісся.
4. Якщо вжиті заходи впродовж 5-10 хвилин не призводять до зупинки кровотечі, необхідно викликати швидку допомогу. Якщо людина втра-чає свідомість — покласти її на бік.

157

Кровотеча з вуха

Можливі причини:

1. Травми вуха
2. Травми голови.
3. Запальні захворювання.
4. Чужорідне тіло.

Необхідно точно визначити, звідки безпосередньо кровоточить: із зо-внішнього вуха, слухового проходу, із внутрішнього вуха або привушного простору. Потрібно пам'ятати, що на голові людини розташовано дуже багато кровоносних судин і навіть при невеликій подряпині може бути інтенсивна

кровотеча. Тому необхідно чітко визначити локалізацію кровотечі.

Кровотеча із слухового проходу може бути симптомом ушкодження як самого проходу, так і барабанної перетинки. Вона супроводжується різким болем, шумом у вусі, зниженням слуху, нудотою, блювотою, а іноді й втратою свідомості. Також виділення крові і рідини з вуха можуть бути ознакою відкритої черепно-мозкової травми.

Тактика:

1. Посадити або покласти хворого.
2. Якщо кровотеча зовнішня — вухо і зону навколо вуха обробити 3% розчином перекису водню, при необхідності накласти суху пов'язку, викликати бригаду швидкої допомоги або доставити в лікарню.
3. Якщо кровотеча із слухового проходу — викликати швидку допомогу, накласти суху пов'язку. Не крапайте у вухо жодних розчинів, не намагайтеся ввести у вухо перев'язувальний матеріал!
4. У разі, якщо потерпілий без свідомості, з ознаками кровотечі з вуха, — терміново необхідно викликати бригаду швидкої допомоги, накласти суху серветку на вухо. Надайте голові нерухоме положення, зафіксуйте її.

Кровотеча з ротової порожнини

Можливі причини:

1. Механічне ушкодження м'яких тканин (ясен, язика, піднебіння, щік і т.д.), після видалення зуба.
2. Захворювання крові або судин (наприклад, пухлини).
3. Запальні захворювання слизової оболонки рота та ін.

Симптоми.

Кровотеча з порожнини рота може бути інтенсивною (якщо пошкоджені артерії або великі вени) або менш вираженою. Значна кровотеча з порожнини рота небезпечна крововтратою; також людина може захлинутися кров'ю.

Тактика консультанта:

1. При значній кровотечі викликати швидку допомогу.
2. Покласти людину на бік.
3. Звільнити порожнину рота від крові, що вилася, кров'яних згустків.
4. Притиснути місце кровотечі тампоном або пальцем з тампоном. Не забудьте одягти рукавички.

Кровохаркання і легенева кровотеча

Кровохаркання — поява у мокроті крові у вигляді прожилків або рівномірних домішок яскраво-червоного кольору.

Легенева кровотеча — відкашлювання значної кількості крові і наявність домішок крові у кожному пльовку мокроти.

Можливі причини:

1. Рак легенів.
2. Туберкульоз легенів.
3. Травма грудної клітки.
4. Абсцес легені.
5. Пневмонія та ін.

Симптоми.

Яскраво червоний колір крові. Кров піниста, не згортається. Значна раптова легенева кровотеча може призвести до швидкої асфіксії (людина захлинається кров'ю).

Тактика консультанта:

1. Викликати швидку допомогу.
2. Допомогти клієнтові прийняти сидяче положення з опущеними ногами.
3. Дати попити холодної води (маленькими ковтками).

Шлункова кровотеча (блювота кров'ю)

Найчастіше кривава блювота виявляється симптомом кровотечі із стравоходу, шлунку і дванадцятипалої кишки. Рідше у блювотних масах може опинитися кров, яку людина проковтнула при носовій або легеневій кровотечі.

Можливі причини:

1. Кровотеча з виразки дванадцятипалої кишки або шлунку.
2. Пухлина шлунку або дванадцятипалої кишки.
3. Розрив слизової оболонки шлунку (наприклад, може статися при вживанні великої кількості міцних алкогольних напоїв, при прориві виразки шлунку).
4. Варикозне розширення вен стравоходу та ін.

Симптоми.

При значній шлунковій кровотечі кров яскраво-червоного кольору. При потраплянні у шлунок відносно невеликої кількості крові, а також при тривалому перебуванні крові в шлунку вона під дією соляної кислоти шлункового соку стає темно-бурою («колір кавової гущі»). Можливі помилки, коли за кров приймають виділення, зумовлені прийнятими незадовго до блювання речовин: червоного вина, соку, варення, ліків і т.д.

Тактика консультанта:

1. Викликати швидку допомогу.
2. Покласти клієнта на кушетку, набік.
3. За наявності кубиків льоду в морозильній камері давати хворому з'їсти маленькими порціями.

Кишкова кровотеча (кривавий стілець)

Можливі причини:

1. Кровотеча з виразки дванадцятипалої кишки або шлунку
2. Пухлина шлунку, дванадцятипалої кишки або інших відділів кишкового тракту.
3. Травми прямої кишки (наприклад, при анальному сексі).
4. Гострі кишкові інфекції.
5. Туберкульоз кишечника.
6. Тріщини прямої кишки.
7. Геморой та ін.

Симптоми.

Чим ближче до анального отвору розташовується джерело кровотечі, тим менш зміненою є кров. При кровотечах з верхніх відділів товстого кишечника стілець, як правило, буває темно-бордовим або червонувато-коричневим, з нижніх відділів — яскраво-червоного або вишнево-малинового кольору, при кровотечі зі шлунку і дванадцятипалої кишки — чорний, «дьогтеподібний». При поєднанні кишкової кровотечі з проносом стілець стає яскраво-червоним незалежно від висоти розташування джерела кровотечі. При кровотечах з прямої кишки домішки крові виявляються на поверхні калових мас, що мають нормальне забарвлення. При сильнішій кровотечі з прямої кишки може виділятися чиста кров без калу.

160

Тактика консультанта:

1. Викликати швидку допомогу.
2. Покласти клієнта на кушетку.

Кров у сечі

Можливі причини:

1. Травми нирок і сечовивідних шляхів (зокрема в результаті переломів кісток тазу і хребта).
2. Туберкульоз сечостатевої системи.
3. Запальні захворювання нирок і сечовивідних шляхів.
4. Каміні в нирках та ін.

Симптоми.

Кровотеча може бути більш-менш вираженою (сеча червоного або рожевого кольору — «колір м'ясних помиїв»).

Тактика консультанта:

1. Викликати швидку допомогу.
2. При травмах тазу і хребта покласти людину на плоску, тверду поверхню і забезпечити їй повну нерухомість.

Кровотеча з жіночих статевих органів

Можливі причини:

1. Запальні захворювання внутрішніх статевих органів.
2. Пухлини.
3. Патологія вагітності, пологів і раннього післяпологового періоду.
4. Травми та ін.
5. Мимовільні, а також підпільні аборти.
6. Самостійні немедикаментозні переривання вагітності.

Симптоми.

Швидка допомога викликається тільки при вираженій кровотечі або при тривалій кровотечі з появою симптомів анемії (блідість, слабкість, запаморочення). У інших випадках дівчина направляється на консультацію до гінеколога.

Тактика консультанта:

1. Викликати «швидку допомогу».
2. Покласти дівчину на кушетку. Не дозволяти різко вставати, щоб уникнути різкого падіння артеріального тиску.

6.4. Травми

Рани

Рани – порушення цілісності шкіри і слизових оболонок внаслідок механічної дії. Розрізняють колені, забиті, різані, скальповані і вогнепальні рани. Рани супроводжуються кровотечею, болем, порушенням функції пошкодженого органу і згодом можуть ускладнюватися інфекцією.

Симптоми.

Колені рани характеризуються невеликою зоною ушкодження тканин. Рани в зоні грудної клітки і живота можуть представляти велику небезпеку, оскільки при довгому раннячому знарядді можливі ушкодження внутрішніх органів грудей і живота. При колених пораненнях кінцівок надання невідкладної допомоги потрібне у випадках, коли є ушкодження великих судин і нервів; сильна кровотеча. У пізніший період невідкладна допомога може знадобитися у зв'язку з розвитком інфекції (флегмона кисті або стопи і т.п.). У окремих випадках колена рана може стати джерелом сепсису або гангрені.

Забиті рани виникають під впливом тупого раннячого знаряддя зі значною вагою або того, що розвиває велику швидкість. Форма їх неправильна (звивиста, зірчаста), краї нерівні. Спостерігається при автотравмах, здавленні важкими предметами. Як правило, ці предмети сильно забруднені. Наявність у рані великої кількості забитих тканин, що омертвіли, робить ці рани особливо небезпечними відносно розвитку інфекції. Різновидом забитих ран є рвані і рвано-забиті рани.

Скальповані рани — рани, при яких спостерігається відшарування шкіри і підшкірної клітковини з повним відділенням їх від належних тканин. Частина шкіри, як правило, втрачена. При автотравмах скальповані рани виникають у тих випадках, коли автотранспортний засіб деякий час волочить потерпілого по асфальту. Значні скальповані рани небезпечні через наявності значної крововтрати, шоку і можливості подальшого омертвіння шкірних клаптів.

Різані рани — результат дії гострого різального знаряддя (ніж, скло та ін.). Розмір їх не менше 0,5 см. Ці рани найбільш піддаються загоєнню. Можуть супроводжуватися значною крововтратою, якщо навіть не пошкоджені великі судини, оскільки судини стінок і дна рани тривало зяять. Різновидом різаних ран є рубані рани.

Укушені рани наносять найчастіше собаки, рідко — дикі тварини. Рани неправильної форми, забруднені слиною тварин. Особливо небезпечні рани після укусів сказаних тварин.

Вогнепальні рани. При пораненні дробом, нанесеному зблизька, утворюється величезна рвана рана. При кульових ранах вхідний отвір округлої форми. Осколкові поранення мають неправильну форму і супроводжуються великим руйнуванням тканини.

Тактика консультанта:

1. У випадку невеликих, поверхневих ран направити (відвезти) у травматологічний пункт для первинної хірургічної обробки.
2. У разі глибоких і великих (більше 5 см) ран, ушкодження судин, нервів і внутрішніх органів при укушених ранах необхідно викликати «швидку допомогу».
3. За наявності артеріальної кровотечі вжити заходи щодо тимчасової зупинки кровотечі і боротьби з гострою крововтратою.
4. Пінцетом видалити з рани шматки одягу, волосся, великі чужорідні тіла. Волосся навколо рани вистригти ножицями. Шкіру навколо рани обробити спиртом і 5% настоянкою йоду. Накласти ватно-марлеву пов'язку із стерильного пакету. Можна покласти на рану декілька стерильних серветок, накрити їх стерильною ватою і забинтувати.
5. При великих, глибоких ранах треба забезпечити спокій травмованої кінцівки (руку підвішують на косинці або прибинтовують до тулуба, ногу іммобілізують транспортною східчастою шиною). Пов'язки на тулубі і животі краще робити за типом пов'язок-наклейок (рану після обробки шкіри спиртом і йодом закрити стерильними серветками, які закріпити смужками лейкопластиря).
6. Укушену рану промивають 10% господарським милом, висушують серветкою. На рану накладають стерильну пов'язку і потерпілого відправляють у найближчий травмпункт.

Ушкодження черепа (черепно-мозкові травми)

Симптоми.

Переломи скеліття черепа — гематома в зоні волосистої частини голо-

ви при закритому або рана при відкритому ушкодженні; видимі або визначувані на дотик вм'ятини на поверхні голови.

Перелом основи черепа — в ранньому періоді відзначається кровотеча з вух і носа. Загальні симптоми залежать від ступеня ушкодження головного мозку і можуть проявлятися у формі порушень свідомості від короточасної втрати у момент травми до глибокої коми. У пізнішому періоді з'являються крововиливи в очних ямках («симптоми окулярів»), крововилив під склери і кон'юнктиви, витікання ліквору з носа і вух.

Тактика консультанта:

1. Якщо потерпілий у свідомості і задовільному стані необхідно покласти його на спину, на тверду поверхню без подушки, зафіксувати (надати нерухливого положення) голову.
2. На рану голови накласти стерильну пов'язку.
3. При несвідомості покласти потерпілого на носилки на спину в положенні півоберту, для чого під один із боків тулуба підкласти валик з верхнього одягу. Голову повернути убік, щоб у випадку виникнення блювоти блювотні маси не потрапляли у дихальні шляхи, а витікали назовні.
4. При кровотечі з вух і носа прикласти стерильні серветки на вуха і ніс.
5. За відсутності дихання і серцебиття провести штучне дихання і масаж серця (див. підрозділ 6.1. «Принципи надання першої допомоги»).

163

Забиття і поранення обличчя

Ушкодження обличчя поділяються на закриті і відкриті. До закритих ушкоджень належать забиття, крововиливи, розриви м'язів, сухожиль і нервів, переломи кісток і вивих нижньої щелепи. Поранення м'яких тканин обличчя характеризуються порушенням цілості шкірних покривів або слизової оболонки, кровотечею, набряком і значною розмитістю меж рани.

Симптоми.

1. Забиття м'яких тканин обличчя характеризуються значним набряком і крововиливами у тканині.
2. Поранення м'яких тканин обличчя супроводжуються зяянням рани і кровотечею, болем, порушенням функцій відкривання рота, мовлення, дихання.

Тактика консультанта:

1. При забиттях м'яких тканин організувати консультацію щелепно-лицьового хірурга (можливі переломи кісток обличчя);
2. При пораненнях викликати швидку допомогу.
3. Видалити з порожнини рота кров'яні згустки і чужорідні тіла.
4. Накласти на рану стерильну пов'язку.
5. Покласти пораненого так, щоб голова була повернена набік.

Розтягнення

Розтягнення і розриви виникають найчастіше в зоні зв'язкового апарату суглобів у результаті надмірного згинання або розгинання при падінні, під час бігу, підняття тягарів і т.п.

Симптоми.

Розтягнення зв'язок суглобів супроводжується болем і обмеженням рухливості суглобів, набряком. При розривах зв'язок спостерігаються ті ж симптоми, а також з'являються крововиливи під шкіру.

Тактика:

1. Покласти або посадити потерпілого, забезпечити йому спокій.
2. Накласти стискаючу пов'язку, верхні кінцівки зафіксувати (підв'язати) хусткою, нижні покласти на підвищення.
3. Прикласти холод.
4. Доставити в найближчий травмпункт або викликати карету швидкої допомоги.

Вивихи

Вивихом називається стійке зміщення суглобових поверхонь кісток, що утворюють суглоб, яке викликає порушення функції суглоба.

Симптоми:

1. Сильний, різкий біль.
2. Зміна форми суглоба.
3. Нemoжливiсть або обмеженiсть руху в суглобi.

Тактика:

1. Не намагайтеся вправити суглоб самостійно.
2. Забезпечити спокій пошкодженому суглобу шляхом його знерухомлення.
3. Прикласти холод.
4. При порушенні цілісності шкіри обробити 3% перекисом водню, накласти суху, стерильну пов'язку.
5. Викликати карету швидкої допомоги або доставити в найближчий травмпункт, поліклініку.

Переломи

Переломом називається часткове або повне порушення цілісності кістки. Бувають відкритими (порушення цілісності шкіри) і закритими (цілісність шкіри не порушена).

Симптоми:

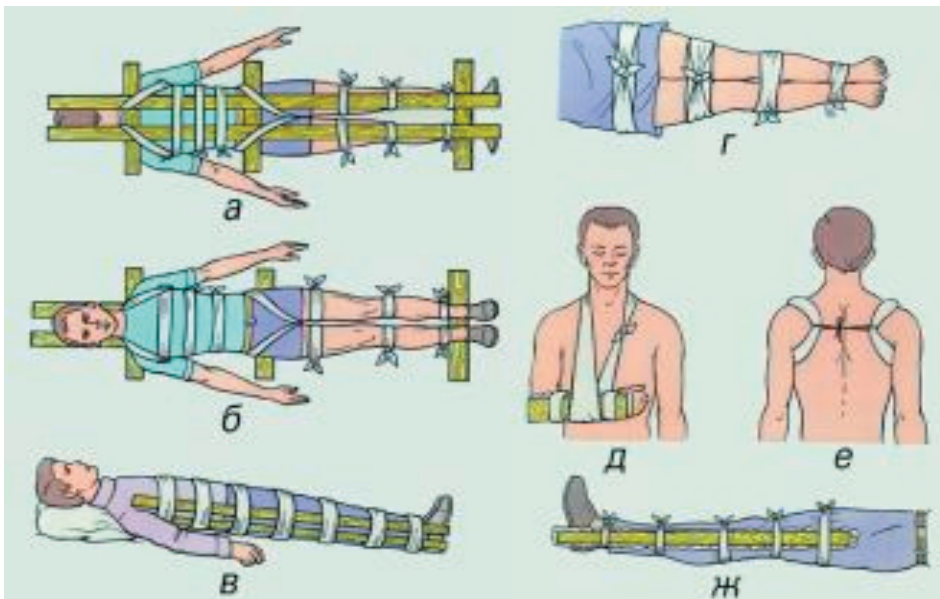
1. Різкий біль.
2. Набряк.

3. Деформація кінцівки.
4. Порушення функції, неможливість або обмеженість руху.
5. Укорочення кінцівки.
6. Закриті переломи характеризуються крововиливами (гематоми).
7. Відкритим переломам властива кровотеча.

Тактика:

При наданні допомоги НЕ НАМАГАЙТЕСЯ зіставити відламки кістки при закритому переломі і вправити кістки при відкритому переломі.

1. Покласти потерпілого.
2. Надати нерухоме положення.
3. Викликати карету швидкої допомоги.
4. При кровотечі вжити заходи щодо її зупинки.
5. При відкритому переломі накрити стерильною серветкою рану.
6. Якщо буде прийнято рішення транспортувати хворого самостійно, необхідно провести іммобілізацію кінцівок підручними засобами.



Мал. ? .Іммобілізація за допомогою підручних засобів: а, б — при переломі хребта; в, г — іммобілізація стегна; д — передпліччя; е — ключиці; ж — гомілки.

Опіки

Опіки — ушкодження тканин, що виникло під впливом високої температури, електричного струму, кислот, лугів, радіаційного випромінювання. Відповідно розрізняють термічні, електричні, хімічні і радіаційні опіки. Термічні опіки зустрічаються найчастіше.

Тяжкість опіків визначається площею і глибиною ураження. Розрізняють 4 ступеня опіків. Поверхневі опіки (I — II ступінь) за сприятливих умов гояться самостійно, глибокі (III — IV ступеня) лікують лише в стаціонарі. При пожежах у закритих приміщеннях потерпілі отримують ще й опіки дихальних шляхів.

Симптоми.

При опіках I ступеня — почервоніння, біль і набряк шкіри.

При опіках II ступеня — біль, почервоніння, набряк шкіри, утворення пухирів, наповнених серозною рідиною.

При опіках III ступеня — некроз (омертвіння) шкіри. Утворення коричневих або сірих струпів.

При опіках IV ступеня — некроз шкіри і тканин, що пролягають нижче. Утворення темно-коричневих і чорних (обвуглених) ділянок ураження.

Тактика:

При опіках будь-якого ступеня НЕ НАНОСЬТЕ на їх поверхню мазі, кремів, олій!

Опіки поверхневі I — II ступеня промити холодною водою, обробити 70% спиртом, накласти суху пов'язку, також можна скористатися аерозолем «ПАНТЕНОЛ». При необхідності дати знеболююче (анальгін, темпалгін, аспірин і т.п.) і доставити в найближчу лікарню.

При опіки глибоких (III — IV ступеня) негайно викликати карету швидкої допомоги. До її прибуття, якщо хворий при свідомості, дати знеболююче, промити місця опіків холодною водою, накрити уражені ділянки чистими серветками, простираллом, давати пити багато рідини, забезпечити приплив свіжого повітря. Якщо хворий без свідомості, промити місця опіків холодною водою, накрити уражені ділянки чистими серветками або простираллом (залежно від площі ураження).

При хімічних опіках використати для промивання рани лише холодну воду.

Відмороження

Відмороженням називається ушкодження тканин, що виникає в результаті дії низької температури.

Відмороження, як правило, виникає взимку під впливом тривалої дії холодного повітря, проте за несприятливих зовнішніх умов (підвищена вологість, сильний вітер) у ослаблених осіб, при авітамінозі, виснаженні, анемії і захворюваннях судин відмороження може відбуватись при температурі повітря -20-10 С. Відмороженню підлягають частіше стопи, кисті рук, обличчя.

Розрізняють місцеве відмороження (4 ступеня) і загальне замерзання (охолодження). Дуже часто зустрічаються змішані випадки: на тлі загального замерзання наявне відмороження кінцівок, обличчя.

Симптоми.

Відмороження I ступеня — шкіра стає блідою, потім абсолютно білою. При зігріванні з'являються гіперемія (почервоніння) і набряк; II ступеня —

шкіра набуває синюшно-багрового відтінку, на ній поступово з'являються пухирі з кров'яно-серозним вмістом; III ступеня — глибокий некроз (омертвіння) тканин, що доходить іноді до кісток, з утворенням демаркаційної лінії; IV ступеня — омертвіння усіх уражених тканин, включаючи і кістку. Шкіра багрово-синюшного кольору, втрата усіх видів чутливості. Ознаки відмороження III — IV ступеня проявляються через декілька днів.

Симптоми замерзання. У початковій стадії спостерігається млявість, сонливість, іноді ейфорія. При подальшому зниженні температури тіла проявляється плутаність свідомості, незв'язність мовлення, амнезія, іноді галюцинації, послаблення рефлексів. Втрачаються тактильна і больова чутливість, потім з'являються судоми, втрата свідомості, марення, дихання стає поверхневим, рідкісним; частий, слабкий пульс, потім настає зупинка серця. Смерть настає при зниженні температури тіла нижче 10 градусів.

Тактика:

У початковому періоді перша допомога полягає у припиненні охолодження, зігріванні кінцівок і уражених ділянок, відновленні кровообігу в уражених холодом тканинах і попередження виникнення інфекції.

1. Заведіть дитину в тепле приміщення, зніміть взуття, що промерзло, мокрий одяг.

2. Зігрійте охолоджені ділянки руками до почервоніння, не сильно розітріть вовняною тканиною, накладіть ватно-марлеву пов'язку, закутайте дитину теплою ковдрою.

3. Дайте потерпілому гаряче питво, гарячу їжу.

4. При ознаках сильного відмороження розтирання і масаж робити не варто. Накладіть теплоізолюючі пов'язки: шар марлі (чистий рушник), шар вати, шар марлі, а згори прогумовану тканину. Добре закутайте потерпілого, використайте будь-який теплий матеріал, ковдру, фуфайки, теплий одяг. Одноразово з наданням допомоги викличте бригаду швидкої допомоги.

НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ: розтирати уражені ділянки снігом (можливе ушкодження шкіри, утворення мікротріщин, подальше інфікування); використовувати швидко відігрівання ділянок шляхом безконтрольного застосування грілок; втирання олій, жиру, спирту при глибоких відмороженнях.

5. При ознаках загального замерзання ефективно швидко зігрівання усього організму. Викличте бригаду швидкої допомоги. Якщо дитина у свідомості, дайте йому гаряче питво, розітріть, добре закутайте. При ознаках зупинки серця і дихання проводьте заходи щодо їх відновлення: непрямий масаж серця, штучну вентиляцію легенів.

6.5. Болі

Головний біль, запаморочення

Можуть бути одними з симптомів багатьох захворювань і станів, таких, як: перевтома, переохолодження, тепловий і сонячний удари, підвищення ар-

теріального тиску, травми голови та ін.

Дуже часто супроводжуються нудотою, блювотою, можуть бути передвісниками інших станів, таких, як: гіпертонічний криз, підвищення або пониження цукру в крові (гіпоглікемічна або гіперглікемічна кома), епілептичний припадок, судоми та ін.

Тактика:

Необхідно розпитати людину, з чим вона пов'язує свій головний біль, запаморочення і залежно від причини визначитися, куди її направити. Якщо критичного стану немає, то запропонувати звернутися в поліклініку. Дати випити знеболюючу пігулку.

Якщо головний біль супроводжується нудотою, блювотою, почервонінням або зблідненням особи, холодним липким потом, спрагою, судомами, подальшою втратою свідомості, то:

1. Покладіть хворого набік.
2. Відчиніть вікно.
3. Викличте бригаду швидкої допомоги.
4. Контролюйте, щоб хворий не захлинувся блювотними масами.
5. Якщо у хворого судоми, стежте, щоб він не травмував голову, притримуйте її.
6. У випадку, якщо при опитуванні було точно встановлено, що голова була травмована, то консультація лікаря має бути проведена негайно. Не давайте знеболюючих ліків до огляду лікарем. Залежно від стану прийміть рішення про виклик бригади швидкої допомоги або доставте потерпілого в лікарню. При цьому намагайтесь не рухати голову (можливі травми хребта).

Болі в шиї, в горлі

Болі в шиї можуть бути **симптомами**:

1. Запальних захворювань (запалення лімфатичних вузлів, слизових залоз тощо).
2. Травм і поранень голови, шиї.

Болі в горлі можуть бути **симптомами** таких захворювань, як:

1. Запальні захворювання (ангіна, бронхіт, трахеїт).
2. Інфекційні захворювання (дифтерія, грип, кір тощо).
3. Чужорідне тіло.
4. Опіки слизових оболонок та ін.

Не намагайтесь займатися лікуванням цих симптомів, які можуть діагностувати лише лікарі. Не накладайте жодних зігріваючих компресів. Це може привести до небажаних ускладнень (абсцеси, флегмони — гнійні запалення)

Тактика:

Направити або доставити в поліклініку, чергову лікарню, травмпункт для уточнення діагнозу.

При чужорідному тілі у глотці спробуйте виявити його місцезнаходження візуально і видалити його пінцетом або корцангом. Після видалення організовуйте консультацію отоларинголога. Якщо видалити чужорідне тіло не вдалося, терміново викликайте бригаду швидкої допомоги або якнайшвидше доставте потерпілого в лікарню.

При появі таких ознак, як: задуха, гавкаючий кашель, висока температура, — посадіть людину (напівсидяче положення), викличте бригаду швидкої допомоги.

Болі у грудях

Можуть бути **симптомами** таких захворювань:

- захворювання серця (стенокардія, інфаркт міокарда);
- захворювання легенів (бронхіальна астма, бронхіт, пневмонія, плеврит, туберкульоз, емфізема);
- травми грудної клітки (переломи ребер, пневмоторакси — проникаючі поранення грудної клітки, забиття грудної клітки);
- неврози.

Тактика:

Якщо болі у грудях супроводжуються задишкою, блідістю шкірних покривів, пітливістю, страхом смерті, прискореним або навпаки дуже повільним серцебиттям, нудотою, блювотою, біль віддає під лопатку або в ліву руку (стенокардія або інфаркт міокарда), то необхідно:

1. Викликати карету швидкої допомоги.
2. Покласти хворого (підвищене положення), намагатись його не рухати.
3. Відчинити вікно.
4. Заспокоїти.
5. Дати знеболююче (анальгін).
6. Якщо є блювота, стежити, щоб людина не захлинулася блювотними масами (укласти набік, притримувати голову).
7. Якщо сталася зупинка серця і дихання, проводити штучне дихання і непрямий масаж серця.

Якщо болі в грудях супроводжуються нападами задухи, з шумним диханням і хрипами, ускладненим видихом, вимушеним положенням хворого, людині легше дихати, якщо вона опирається руками на яку-небудь поверхню (напад бронхіальної астми), то:

1. Викликати бригаду швидкої допомоги.
2. Забезпечити приплив свіжого повітря. У зимовий період можна покласти мокрий рушник на батарею, щоб зволожити повітря у приміщенні.
3. Посадити хворого, надавши йому напівсидячого положення.
4. Можна прикласти до литок хворого грілки або пляшки з помірно гарячою водою.
5. Заспокоїти і підтримати хворого.

Якщо болі в грудях супроводжуються температурою, головним болем,

слабкістю, кашлем, прискореним серцебиттям, ускладненим диханням (пневмонія), то направити або доставити його в найближчу або чергову лікарню. Якщо симптоми яскраво виражені, то викликати бригаду швидкої допомоги.

Якщо болі в грудній клітці дуже гострі, супроводжуються задишкою, ціанозом особи (синюшний відтінок), сухим дратівливим кашлем, блідістю шкірних покривів, холодним липким потом, частим пульсом, прискореним диханням, занепокоєнням хворого, кровохарканням (травми грудної клітки), то:

1. Викликати карету швидкої допомоги.
2. Посадити хворого. Надати йому напівсидяче положення.
3. Заспокоїти. Дізнатися, що стало причиною (зібрати інформацію для лікарів у разі втрати свідомості хворим).

У інших випадках направити або доставити хворого в поліклініку або стаціонар.

Болі у черевній порожнині, у боці

Можуть бути **симптомами** таких захворювань:

- захворювання шлунку (гастрит, виразка шлунку);
- захворювання кишечника (виразка дванадцятипалої кишки);
- непрохідність кишечника, заворот кишок, інвагінація кишок (протикнення однієї кишки в іншу);
- захворювання печінки і жовчного міхура (гепатит, холецистит, жовчокам'яна хвороба);
- захворювання нирок і сечовивідних шляхів (пієлонефрит, цистит, нирковокам'яна хвороба);
- захворювання підшлункової залози (панкреатит);
- внутрішні кровотечі в черевну порожнину;
- травми і поранення живота та ін.

Тактика:

Діагностувати будь-яке з цих захворювань може лише лікар. Але до вас можуть звертатися за допомогою при болях в животі і боці. Дуже важливо знати, що НЕ МОЖНА давати жодних знеболюючих і спазмолітичних засобів, а також використовувати грілки з гарячою водою при скаргах на болі в животі. Це може порушити клінічну картину хвороби. Якщо болі слабкі або помірні, то намагайтесь якнайшвидше доставити дитину до лікаря-фахівця.

Якщо болі у животі і боці гострі, нападоподібні, опоясуючі, супроводжуються нудотою, блювотою (особливо кривавою, а у випадках непрохідності кишок — із запахом калу), затримкою стільця, здуттям живота, блідістю шкірних покривів, ціанозом обличчя, холодним липким потом, наростаючою слабкістю, запамороченням, підвищеним пульсом, втратою свідомості, наявністю дьогтеподібного або кривавого стільця, сухістю слизових оболонок ротової порожнини, спрагою, відсутністю сечі, болями при сечовипусканні, при цьому хворого морозить, то необхідно:

1. негайно викликати бригаду швидкої допомоги.

2. Укласти дитину набік, заспокоїти і підтримати; зібрати інформацію.
3. При травмах і пораненнях живота не давати пити! Місце поранення обкласти стерильними серветками.
4. Стежити, щоб при блюванні хворий не захлинувся блювотними масами (положення «на боці», притримувати голову).
5. Можливе короточасне використання холоду.

Болі внизу живота

Біль внизу живота — найпоширеніша скарга в гінекологічній практиці. Цей симптом дуже неспецифічний, оскільки виникає при багатьох захворюваннях.

Важливі характеристики — це виникнення (гостре або поступове), розташування болю, супутні симптоми (наприклад, жар, відсутність апетиту, нудота, блювота або кровотеча, хворого морозить). Необхідно визначити, чи пов'язаний біль з менструальним циклом, чи є небезпечним для життя, чи потрібно реанімаційні заходи, чи є зв'язок з вагітністю.

Кровотечі зі статевих шляхів у поєднанні з болем внизу живота, як правило, виникають при захворюваннях статевої системи.

Підвищення температури тіла і озноб часто супроводжують інфекції малого тазу.

Відсутність апетиту, нудота і блювота — неспецифічні симптоми, які часто супроводжують захворювання шлункового, кишкового тракту.

Непритомність, судинний колапс і шок, як правило, вказує на внутрішньочеревну кровотечу.

Часте хворобливе сечовипускання, біль у поперечному відділенні або кров у сечі — ознаки патології сечовивідних шляхів.

Раптовий початок болю свідчить про гостру патологію: прорив, кровотечу, розрив або перекручування органу. Такі ж симптоми можуть розвинутися при коліках сечовивідних шляхів або шлунково-кишкового тракту.

Поступовий початок болю припускає запалення, непрохідність або процес, що повільно розвивається.

Тривалість і періодичність больових епізодів допомагають встановити характер захворювання (гострий або хронічний). Якщо подібні болі часто виникали і раніше або біль турбує жінку довго, найбільш ймовірно хронічне захворювання.

Тактика:

При болях слабкого і середнього ступеня інтенсивності необхідно якнайшвидше проконсультувати хворого у хірурга (дівчат і жінок — у гінеколога).

При гострих болях і симптомах, описаних у пункті «Болі у черевній порожнині, у боці», негайно викликати бригаду швидкої допомоги, покласти хворого набік. За наявності блювоти стежити, щоб блювотні маси не потрапили у дихальні шляхи.

Болі в спині

Можуть бути **симптомом** таких захворювань:

- запальні захворювання нирок і сечовивідних шляхів;
- захворювання хребта (остеохондроз, викривлення хребта у дітей, грижі міжхребетних дисків);
- захворювання нервової системи (радикуліт — ураження нервових скупчень внаслідок запалення або защемлення);
- травми і забиття спини;
- аномалії розвитку;
- інфекційні ураження хребців і міжхребцевих дисків (ревматизм, туберкульоз, бруцельоз, абсцес);
- метаболічні ураження кісток (остеопороз);
- новоутворення хребта.

Крім того, болі в нижній частині спини можуть носити психогенний характер (при неврозах, депресії).

Тактика:

Необхідно організувати консультацію у відповідних фахівців: терапевта, ортопеда, невролога, ревматолога.

Болі в кінцівках

1. Найчастіша причина болю в ногах у дітей — це так званий дитячий вік. Саме у цей період наявний ряд особливостей будови кістки, м'язово-з'язкового апарату, судин, що забезпечують їх живлення, а також темпи росту і активний обмін речовин. У дитини до періоду статевого дозрівання збільшується довжина тіла в основному за рахунок зростання ніг, причому найбільш інтенсивно ростуть стопи і гомілки. Саме у таких місцях, де відбувається швидко зростання і диференціювання тканини, необхідно забезпечити активний кровотік. Судини, що живлять кістку, м'яз, широкі, здатні інтенсивно забезпечувати зростаючі тканини кров'ю, але в них міститься мало еластичних волокон, кількість яких збільшується тільки до 7-10 років. Таким чином, циркуляція крові в них поліпшується при руховій активності дитини, коли відбувається робота м'язів, яка сприяє зростанню і розвитку кістки. Вночі, в період сну, тонус артеріальних і венозних судин знижується, інтенсивність кровотоку швидко зростаючих частинах тіла зменшується, звідси і виникає больовий синдром.
2. Другою причиною болю в ногах може бути наявність ортопедичної патології, такої, як: порушення постави, сколіоз, плоскостопість, при якій відбувається зміщення центру тяжіння, і найбільший тиск тіла припадає на певну ділянку ноги (стопу, гомілку, стегно або суглоб). До болів у ногах і порушення ходи може призвести природжена патологія тазостегнових суглобів.
3. Біль у ногах і руках у дітей з'являється за наявності хронічних осеред-

ків інфекції в носоглотці (тонзиліті, аденоїдиті, множинному карієсі). Тому важливо своєчасно санувати порожнину рота, відвідуючи стоматолога, спостерігатись у ЛОР-лікаря. Біль у ногах і руках із залученням суглобів може бути першою ознакою ревматизму, ювенільного ревматоїдного артриту. Він може супроводжувати ендокринну патологію: цукровий діабет, хвороби надниркових залоз, паращитовидної залози, що призводить до порушення мінералізації кісткової тканини. Необхідно пам'ятати, що ряд захворювань крові розпочинається з болю у ногах і руках, артритів колінних і гомілковостопних суглобів.

4. Біль у ногах у дітей може бути проявом природженої патології серця (вади серця) і судин.
5. У дітей старше 3-х років часто спостерігаються сильні болі в литкових м'язах. Ці болі пов'язані з недостатнім поступанням кальцію і фосфору в зони зростання кісток і з недостатнім засвоєнням кальцію, калію і фосфору в крові (при вторинному рахіті).
6. Раптовий біль в одному з суглобів швидше за все свідчить про травму. Біль і припухлість суглоба невідомого походження заслуговують на увагу лікаря.
7. Червоний розпухлий суглоб вимагає негайної уваги лікаря тому, що, можливо, ця зміна суглоба пов'язана з попаданням у нього інфекції (септичний артрит, бурсит — запалення навколосуглобової сумки) або з початком важкого системного захворювання, що насамперед проявляє себе подібними симптомами (хвороба Стілла або юнацький ревматоїдний артрит). Септичний артрит, якщо його не лікувати, може викликати безповоротне ушкодження суглоба. Хвороба Стілла, якщо вчасно не звернути на неї увагу, може негативно вплинути на зір.
8. Болі в суглобах по усьому тілу під час грипу або іншому гострому респіраторному захворюванні — достатньо звичайне явище, що становить частину загальної симптоматики грипу. Парацетамол допоможе зняти біль, а через декілька днів біль пройде сам.
9. Причина накульгування дитини очевидна, якщо вона тільки що забила ногу. Іноді, особливо у маленьких дітей, такої упевненості немає, і тоді до накульгування варто поставитись серйозно.
10. Забив або травма — найпоширеніші причини накульгування; у активних дітей старшого віку часто бувають розтягування м'язів і зв'язок, які гояться без стороннього втручання через деякий час.
11. Артроз — захворювання суглоба, при якому відбувається руйнування суглобового хряща, при цьому поступово порушується кісткова структура суглоба, еластичність і міцність зв'язкового апарату суглоба, що зрештою призводить до появи болю, накульгування, деформації суглоба, обмеження рухливості.

Тактика:

Організуйте консультацію фахівця: ортопеда, травматолога, ревматолога, якщо:

— ви підозрюєте перелом або серйозну травму;

- дитина накульгує без жодної очевидної причини впродовж декількох днів;
- гомілковостопний, колінний, тазостегновий, плечовий, ліктьовий, променезап'ястковий суглоби, а також суглоби пальців запалені, набрякли і почервоніли.

6.6. Розлади шлунково-кишкового тракту

Нудота

Нудота — своєрідне обтяжливе відчуття під грудьми, в грудях, порожнині рота, яке часто передує блювоті і часто супроводжується загальною слабкістю, пітливістю, гіперсаливацією (слинотечею), похолоданням кінцівок, блідістю шкіри, зниженням артеріального тиску.

Причини.

Нудота спостерігається при багатьох патологічних станах, зокрема при різних інтоксикаціях, захворюваннях внутрішніх органів, центральної нервової системи (ЦНС), дисфункції вестибулярного апарату (рухова нудота), порушеннях метаболізму. Буває також психогенна нудота при неприємних зорових і нюхових відчуттях у збудливих осіб, іноді як прояв неврозу, психозу.

У основі рефлекторної нудоти лежить подразнення блукаючого нерва імпульсами з механічно або хімічно подразливих рецепторів різних рефлексогенних зон. Такі рецептори містять задня стінка глотки, корінь язика, шлунково-кишковий тракт, печінка, жовчні протоки і пухир, підшлункова залоза, серозні оболонки (черевина, плевра, перикард (осердя), бронхи, нирки, матка з придатками).

Шлункова нудота зустрічається найчастіше, нерідко виникає при послабленні секреції шлункового соку, тонуусу і перистальтики шлунку; настає після вживання їжі і часто пов'язана з її характером (жирна їжа, алкоголь і т.п.).

Токсична нудота, що виникає при отруєннях, інфекціях й інтоксикаціях, зумовлена збудженням хеморецепторів тригерної зони дна IV шлуночку, які активують блювотний центр. Останній активується також при переподразненні рецепторів вестибулярного апарату (при заколисуванні, обертанні на каруселі, захворюваннях внутрішнього вуха, хворобі Мен'єра).

У походженні мозкової нудоти найбільше значення мають підвищення внутрішньочерепного тиску у зв'язку з набряком головного мозку або порушенням ліквородинаміки при його пухлинах, черепно-мозковій травмі, запаленні оболонок мозку.

Метаболічна нудота (при гіповітамінозі, залізодефіцитній анемії, ендокринній і іншій патології) неоднорідна за патогенезом і залежить від характеру впливів порушеного обміну речовин на різні органи з активацією блювотного центру в одних випадках рефлекторно, а в інших — токсичною або комбінованою дією.

Будучи неспецифічним симптомом багатьох захворювань, нудота має ді-

агностичне значення лише в сукупності з іншими ознаками хвороби (наприклад, з ознаками роздратування черевини при гострому апендициті). Певну специфічність має зв'язок нудоти з деякими чинниками (їжа, зміна положення тіла і т.д.), що провокують її.

Тактика:

1. Дати випити метаклопромід, реглан, церукал і сульпирид (еглоніл, догматіл).
2. Іноді рефлекторну нудоту блокує валідол (ментол).
3. Іноді допомагає почергове опускання кистей рук під холодну і гарячу воду.

Блювота

Блювота — рефлекторне виверження вмісту шлунку (іноді і дванадцятипалої кишки) через рот (іноді і через ніс). Блювота в основному зумовлюється скороченням м'язів черевного пресу; при цьому вихідна частина шлунку щільно закривається, тіло шлунку розслабляється, відкривається вхід у шлунок, розширюються стравохід, порожнина рота. Увесь цей рефлекторний акт регулюється блювотним центром, розташованим у довгастому мозку. Блювоті, як правило, передують нудота, мимовільні ковтальні рухи, прискорене дихання, посилене виділення слини і сліз. Блювотні маси складаються із залишків їжі, шлункового соку, слизу; можуть містити жовч й інші домішки (кров, гній).

175

Причини.

Блювота є симптомом багатьох захворювань і виникає при травмі голови, струсах мозку і пухлинах у ньому, при морській хворобі, головних болях різного походження внаслідок безпосереднього подразнення блювотного центру. Це так звана мозкова блювота. Вона, як правило, розпочинається без попереднього відчуття нудоти, і після блювоти хворий не відчуває полегшення.

При отруєнні якою-небудь отрутою, яка циркулює в крові (при уремії, скарлатині, менінгіті, отруєннях чадним газом і ін.), виникає так звана токсична блювота внаслідок подразнення блювотного центру.

Нервова блювота може спостерігатися при функціональних розладах нервової системи (наприклад, при істерії, сильних хвилюваннях).

У деяких випадках у людини з'являється блювота, коли вона бачить блювотні маси, чує, як блює його сусід тощо. Таку рефлекторну блювоту можна викликати і штучно шляхом подразнення задньої стінки глотки. Рефлекторна блювота часто є захисно-приспосувальною реакцією організму на різні подразнення слизової оболонки шлунку чужорідними тілами, що проковтнули, недоброякісною їжею і різними отруйними речовинами. Завдяки блювотній реакції організм звільняється від шкідливих, а іноді і небезпечних для життя речовин.

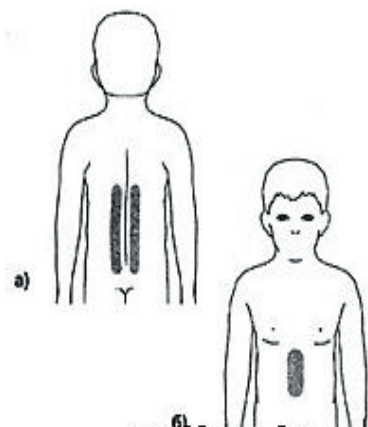
Часто блювота спостерігається при різних захворюваннях шлунку (виразкова хвороба, рак, гастрит). Їй завжди передують відчуття нудоти, і після блювоти хворий відчуває більше або менше полегшення. Блювота може виникнути і при захворюваннях інших органів черевної порожнини, наприклад,

при захворюванні кишок (апендицит, кишкова непрохідність, глистові інвазії), запаленні черевини, печінкової і ниркової коліках та ін. У деяких жінок під час вагітності також спостерігається блювота.

Тактика:

- 1) За наявності у хворого блювоти потрібно звернути увагу на те, як часто це відбувається, коли (після прийняття їжі, при головному болю тощо), який вміст блювотних мас.
- 2) Необхідно спостерігати за блювотними масами, а іноді й зберігати їх до приходу лікаря, оскільки часто можна поставити діагноз за складом блювотних мас: наприклад, при свіжій шлунковій кровотечі блювотні маси забарвлені кров'ю (кров, що застоюлась у шлунку, набула бурого кольору), при розпаді ракової пухлини блювотні маси іноді набувають кольору кавової гущі. При інтенсивній блювоті в шлунок може потрапляти вміст кишкового, наприклад, жовч з дванадцятипалої кишки, і тоді блювотні маси забарвлюються в жовто-зелений колір. Блювотні маси можуть мати кислий запах, якщо в шлунку багато кислот, або тухлий, якщо в шлунку відбуваються процеси гниття. При запаленні нирок, уремії блювотні маси можуть пахнути сечею, а при кишкової непрохідності — калом.
- 3) Під час блювоти треба підтримувати хворого, особливо голову, оскільки у нього розвивається значна слабкість, виступає холодний піт. Якщо дозволяє стан хворого, він опускає ноги на підлогу, перед ним на підлогу ставлять ємкість. Якщо хворому важко сідати, то його повертають набік до краю ліжка так, щоб голова його знаходилася за краєм ліжка і блювотні маси потрапляли в ємкість, поставлену на підлогу, в такому положенні обов'язково треба підтримувати голову хворого.
- 4) Після закінчення блювоти хворому дають прополоскати рот і випити 1-2 ковтки холодної води (після кривавої блювоти не можна давати пити!), потім зручнокладають у ліжку, накривають ковдрою. Якщо його сильно морозить, кладуть до ніг грілку. Слабкому хворому, якщо він самостійно не може прополоскати рот, гарно очищають порожнину рота шматком марлі, змоченою у воді або содовому розчині.
- 5) Особливу увагу необхідно звертати на хворих, які знаходяться в несвідомому стані. У них перед настанням блювоти можна помітити блювотні рухи, позиви на блювоту. Тоді хворого потрібно підвести, повернути йому голову набік, підставити під рот ємкість або складений у декілька разів рушник, щоб забезпечити стік блювотних мас, оскільки під час вдиху частина блювотного вмісту може потрапити в дихальні шляхи. Це викликає сильний рефлекторний кашель, після якого настає сильніший вдих, через що блювотні маси ще глибше проникають у легені. Хворий може захлинутися блювотними масами. Внаслідок попадання шлункового вмісту в легені у нього може розвинутися запалення легень.
- 6) При кривавій блювоті хворому потрібно забезпечити абсолютний спокій, на надчеревну зону (див. мал.) покласти пухир з льодом і терміново викликати лікаря.
- 7) Якщо у хворого сильна спрага, дають прополоскати рот водою або протирають його вологою марлею.

8) Якщо у хворого охололи кінцівки, до ніг і рук кладуть грілки.



Надчревна зона

При тривалій блювоті або такій, що не зупиняється або виникла в результаті отруєння, також необхідно викликати лікаря.

Діарея

Пронос або діарея (у перекладі з грецького «diarrheo» — витікаю) — почастищення дефекації більше 2 разів на добу, при якому кал має рідку консистенцію. Сама по собі діарея не є хворобою, вона лише ознака порушень в організмі, найчастіше у травній системі. Так, як і кашель, це не хвороба, а ознака порушення у дихальних шляхах. Діарея може бути гострою (виникає несподівано і припиняється протягом в 1-2 тижнів) і хронічною (триває більше 2 тижнів).

177

Причини.

Причинами проносу (діареї) можуть бути:

- 1) кишкові інфекції: дизентерія, сальмонельоз, вірусні захворювання тощо;
- 2) дисбактеріоз;
- 3) неправильне харчування (наприклад, надто багато грубої рослинної їжі);
- 4) алергія на ті або інші харчові продукти;
- 5) нестача вітамінів К, F, B2 (рибофлавіну) і ніацину;
- 6) хронічні захворювання органів травлення (гастрит, коліт, ентерит, панкреатит, гепатит тощо);
- 7) гострі отруєння (наприклад, ртуттю або миш'яком);
- 8) порушення обміну речовин;
- 9) неврози, хвилювання, страх;
- 10) окрім цього, виділяють так звану діарею мандрівників.

Механізмів розвитку діареї декілька. У одних випадку їжа занадто швидко

проходить кишковиком через посилення його перистальтики (хвилеподібного скорочення стінок). У інших відбувається розрідження вмісту кишковика: через порушення всмоктування води у товстому кишковику або виділення у кишковику запальної рідини. Діарею ні з чим не сплутаєш. У особливо важких випадках людина просто не може покинути туалетну кімнату. Окрім проносу, її можуть турбувати болі в животі, метеоризм, нудота і блювота. Пропадає апетит, людина худне. Втім усе залежить від причини, що викликала діарею. Одним із найбільш небезпечних ускладнень діареї, яке частіше розвивається у маленьких дітей і осіб літнього віку, є зневоднення організму. У випадку запускання від нього можна померти.

Тактика.

Більшість людей думають, що діарея — це дрібниця. Проте в окремих випадках до лікаря треба звертатися негайно. Наприклад, коли:

- діарея триває більше 4 днів;
- у калі з'являються кров'яні прожилки або слиз;
- стілець стає темним і дьогтеподібним;
- виникає сильний біль у животі;
- різко підвищується температура;
- наявна висока ймовірність харчового отруєння.

Діагностика.

Найважливіше — встановити причину діареї. Для цього лікар-гастроентеролог або звичайний терапевт огляне вас і детально розпитає про початок захворювання, потім направить на аналіз калу. Якщо з'ясується, що причиною діареї є інфекція, вас направлять до лікаря-інфекціоніста.

При хронічній діареї, ймовірно, потрібно буде зробити загальний аналіз крові, аналіз сечі, УЗО органів черевної порожнини.

Лікування.

Пронос — це наслідок, а боротися потрібно з причиною. Так, діарею від нестачі вітамінів лікують вітамінними уколами. При дисбактеріозній діареї радять пити лактобактерин, біфікол або біфідумбактерин. Пронос від коліту лікують препаратами, що знімають запалення. При бактерицидній інфекції призначають антибіотики.

Дуже важливо при проносі не допустити зневоднення. Оскільки звичайна питна вода не містить цукру, мінеральних солей, які втрачає організм при діареї, дуже важливо компенсувати таку втрату, вживаючи значний об'єм рідини, що містить ці речовини. Це можуть бути регідруючі розчини, чай з цукром, морси, бульйон, мінеральна вода або просто підсолена вода з глюкозою. Якщо вас, крім діареї, турбує ще і блювота, краще пити небагато рідини кожні 15-20 хв.

У будь-якому випадку треба сісти на дієту: їсти часто і невеликими порціями, відмовитися від жирної їжі, кави і молока. Рекомендується вживати банани, відварений рис, яблучне пюре, сухарі. При перших ознаках інтоксикації не зашкодить активоване вугілля. До речі, більшість випадків діареї проходить після застосування старовинного народного рецепту: чарка горілки з сіллю (чим більше солі, тим краще!).

6.7. Зміни шкірних покривів і слизових оболонок

Почервоніння, плями, висип

Почервоніння на шкірі можуть з'являтися у вигляді плям або по всій поверхні шкірного покриву кінцівок.

Можливі причини появи почервоніння і плям:

- 1) Алергічні реакції на продукти харчування, лікарські препарати.
- 2) Укуси комах.
- 3) Одяг (контактна алергія).
- 4) Сонячні промені.
- 5) Холод.
- 6) Інфекції.
- 7) Гельмінти.
- 8) Захворювання крові.
- 9) Автоімунні захворювання.
- 10) Тромбоз і тромбофлебіт поверхневих і глибоких вен.

Гіперемія (почервоніння) шкіри, особливо місцева, що супроводжується болем, підвищенням місцевої температури шкіри і набряклістю, — класична ознака запального процесу (наприклад, бешиха (рос. рожа)).

179

При почервонінні шкірних покривів, що вперше з'явилося, можна прийняти який-небудь антигістамінний препарат, і за відсутності ефекту і при висипаннях, що регулярно з'являються, необхідно звернутися до лікаря для обстеження з метою виявлення причини захворювання і вибору тактики лікування.

Висипом називаються висипання на шкірі і на слизових оболонках у людини. Причин висипу існує декілька. Необхідно зауважити, що висип певного виду є обов'язковим симптомом декількох десятків шкірних, інфекційних та інших захворювань, а може бути причиною кількох сотень хвороб.

Висип може бути проявом алергії (кропив'янка, дерматит, екзема).

Лікарські висипи є побічними ефектами прийому лікарських препаратів. Причому ці ефекти можуть бути як проявом алергічної реакції організму на речовини, що входять до складу препарату, так і звичайною реакцією організму неалергічного характеру.

Деякі висипи виникають лише під час вагітності. Наприклад, до таких відносяться герпес вагітних і кропив'янка вагітних. Найбільш відомі висипи, що є обов'язковими симптомами цілого ряду вірусних інфекцій: кору, червінки, вітряної віспи, інфекційної еритеми, розеоли новонароджених. Для кожного з цих захворювань висип, її вид і характер висипань є діагностичною ознакою.

Причиною висипу можуть бути і бактеріцидні інфекції: скарлатина, черевний і висипний тиф, менінгіт, сифіліс, стафілокок та ін.

Висип є ознакою широкого спектру шкірних захворювань: від лишайів до корости.

Допомога яких фахівців може знадобитися при виникненні плям, почервоніння, висипу?

1. Терапевта або лікаря загальної практики (сімейного лікаря).
2. Педіатра.
3. Дерматолога.
4. Алерголога.
5. Венеролога.
6. Інфекціоніста.
7. Судинного хірурга.

Виразки, тріщини

Виразка — дефект шкіри або слизових оболонок і розташованих під ними тканин, що зберігається тривалий час внаслідок порушення процесів загоєння. Можна виділити зовнішні виразки, видимі і розташовані на поверхні тіла, внутрішні, такі, що знаходяться у внутрішніх органах (шлунку, кишковику і т.д.).

Походження виразок різне. Серед причин, що породжують виразки, найбільш важливі розлади кровообігу і лімфообігу (застій крові, варикозне розширення вен, артеріосклероз, слоновість та ін.), запальні процеси (туберкульоз, гнійні інфекції та ін.), порушення обміну речовин (цукровий діабет, гіповітаміноз та ін.). За цих умов виразки частіше виникають у людей похилого віку. Розрізняють і так звані стресові виразки — причиною їх появи є сильні, як правило, негативні емоції. Тканини, що оточують поглиблену виразку, тверднуть, утворюючи ніби трубку, що йде в глибину. Таку виразку називають свищем. При лікуванні виразки треба підсушувати і регулярно міняти пов'язки з ліками.

Виразки на ногах можуть розвиватися при найрізноманітніших захворюваннях, найчастіше при захворюваннях венозної, артеріальної і капілярної систем. Рідше вони з'являються після травм, на тлі захворювань периферичної нервової системи, променевої хвороби. Інфекційні хвороби також можуть призвести до утворення трофічних виразок. Але перше місце серед усіх причин займає **хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок**.

Не варто забувати, про інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема про сифіліс.

Сифіліс передається в основному статевим шляхом, у зв'язку з чим належить до групи венеричних захворювань або ІПСШ (інфекцій, що передаються статевим шляхом). Проте можлива передача сифілісу і через кров, наприклад, при переливанні крові зараженого сифілісом донора або в ін'єкційних наркоманів при користуванні загальними шприцами і загальними ємкостями для розчинів наркотиків, або в побуті при користуванні загальним «кривавим» інструментом типу зубних щіток або бритв.

Побутовий («безкровний») спосіб зараження сифілісом також можливий, але зустрічається нечасто, адже передбачає тісний контакт з хворим тре-

тинним сифілісом, що має відкриті сифілітичні виразки або сифілітичні гуми, що розпадаються, з яких збудник може потрапити, наприклад, на посуд, з якого пив або їв хворий.

Тріщини на шкірі виникають при надмірній сухості шкіри, втраті еластичності або при запальній інфільтрації. Найчастіше вони утворюються у зоні природних складок: у кутиках рота, за вушними раковинами, а також в місцях, що піддаються травматизації, наприклад, на долонях, підшвах. Через глибокі тріщини в організм може проникнути інфекція.

Симптоми.

Глибокі тріщини хворобливі, кровоточать. Після загоєння може утворитися рубець.

Причини виникнення тріщин на шкірі.

Тріщини, як правило, з'являються на сухій, часто товстій шкірі, у складках і над суглобами. Необхідно враховувати, що вони можуть бути проявом і деяких шкірних захворювань, зокрема інфекційних.

- Тріщини за вушними раковинами, в кутиках рота, пахвинно-стегнових складках, міжпальцевих складках стоп часто викликаються мікробами або грибками, а на долонях і підшвах можуть бути ознакою екземи. Тому при появі тріщин вказаної локалізації, що особливо супроводжуються свербінням, потрібно звернутися до лікаря.
- У повсякденній практиці найчастіше доводиться зустрічатися з тріщинами шкіри на долонній і тильній поверхні кистей, на підшвах, зокрема на п'ятах, і рідше — на середині нижньої губи. Така топографія пов'язана з дією на шкіру зовнішніх чинників.
- Виникненню **тріщин на руках** сприяють сухість шкіри, що посилюється частим миттям, особливо жорсткою водою і лужним милом, недбалим наступним обтиранням її рушником, недостатнім тепловим захистом рук у сиру, вітряну і холодну погоду, професійним контактом з тими речовинами, що підсилюють сухість шкіри.
- Поява **тріщин на підшвах**, зокрема на п'ятах, нерідко пов'язана з носінням незручного або тісного взуття. Це призводить до значного потовщення рогового шару шкіри, що при недостатньому гігієнічному підході закінчується виникненням тріщин, часто глибоких і хворобливих.
- Звичка покусувати і облизувати губи, особливо на вулиці, сприяє появі тріщин.

Тактика.

Пам'ятайте, що виразки і тріщини можуть легко інфікуватися, що ускладнить їх лікування.

При виявленні у дітей виразок і тріщин шкіри не намагайтеся займатися самолікуванням. Фахівці, у яких необхідно провести консультацію, — терапевт, педіатр, дерматолог, венеролог, хірург.

Педикульоз

Педикульоз — паразитарне захворювання шкіри і волосся. На людині можуть паразитувати головна воша (волосиста частина голови), воша сукні (одяг, ліжко) і лобкова воша або площниця (волосиста частина лобка, живота, пахв). Відповідно до цього розрізняють педикульоз головний, сукні і лобковий. Може також виникати змішаний педикульоз, коли є присутньою наявність змішаного типу (напр., одночасна наявність головної і сукні воші). Воші живляться кров'ю людини, а яйця (гниди) приклеюються до волосся (воша сукні відкладає яйця в складках одягу, рідше розміщуються на волоссі людини).

Причини захворювання.

Головні і воші сукні передаються від людини до людини при безпосередньому контакті (або через одяг, білизну, предмети вжитку, гребінці і т.п.).

Лобкова воша (площица), як правило, передається статевим шляхом, але можлива також передача через речі (постільна білизна, одяг тощо).

Неможливо заразитися вошами від тварин, оскільки ці паразити видоспецифічні, тобто людські воші можуть жити тільки на людині.

Симптоми.

Педикульоз має наступні симптоми:

- шкірний свербіж у місці укусу воші;
- дрібні сірувато-блакитнуваті плями на шкірі;
- розчухування (екскоріації);
- наявність гнид у волоссі.

Від моменту зараження до перших ознак хвороби може пройти декілька тижнів.

У результаті інфікування розчухувань можуть розвиватися гнійникові захворювання шкіри.

Варто відмітити, що воші суконь є основними переносниками висипного тифу і ряду інших захворювань. Набагато рідше тиф переносять головні воші, в одиничних випадках — площинці.

Лікування.

Для лікування педикульозу застосовують комплексний підхід, який знищує як гниди (яйця), так і дорослих особин. Способи боротьби відрізняються залежно від наявності різних видів вошів.

Лобкові воші.

З метою позбавлення від площинці можна використовувати наступний спосіб:

- Збрити усе волосся там, де це можливо (на лобку, пахвах), для уникнення зараження місця укусів продезінфікувати 10% білою ртутною маззю.
- З вій і брів видалити паразитів нігтями.

Воші суконь.

Білизну і одяг необхідно прокип'ятити або обробити паром, оскільки звичайного низькотемпературного прання може виявитися недостатньо. Після високотемпературної обробки варто на тиждень вивісити білизну, бажано на сонці в провітрюваному місці.

Інший спосіб передбачає обробку інсектицидним препаратом з наступним пранням і тижневим провітрюванням на сонці.

Найбільш дієвим є знезараження одягу і білизни в пароформалиновій камері. Цей метод ефективніший, оскільки поєднує високотемпературну і хімічну обробку.

При обробці одягу потрібно враховувати, що гниди, як правило, залишаються у товстих складках і швах одягу, де вони можуть витримати недостатню теплову обробку.

Враховуючи особливу епідеміологічну значущість педикульозу сукні і можливість фіксації гнид не лише на ворсинах одягу, але і пушковому волоссі шкірного покриву людини, при поширеному процесі необхідно вирішувати питання не лише про дезінсекцію одягу, але і про обробку хворого одним з педикулоцидних препаратів.

Головні воші

У аптеках продається широкий асортимент протипедикульозних засобів — шампуні, мазі, аерозолі. Класичними препаратами для лікування цього захворювання є:

- Серортутна мазь
- 20% водно-мильна суспензія бензилбензоату (препарат для лікування корості, раніше використовувався також при педикульозі, але на сьогодні не рекомендований).
- Розчин, крем «Ниттифор».

Необхідно пам'ятати, що навіть за наявності овоцидного ефекту частина гнид, як правило, виживає, тому важливо видалити їх механічно.

При використанні будь-яких засобів від вошів необхідно максимально чітко дотримуватись інструкції, оскільки ці препарати дуже токсичні. Застосування більшості з них не рекомендується вагітним, жінкам, які годують немовлят грудним молоком, маленьким дітям.

Після використання будь-яких засобів необхідно обов'язково прочесати голову спеціальним частим гребенем і видалити кожну гниду вручну. Це займе декілька днів, оскільки знищити гниди непросто. Для досягнення максимальної ефективності варто розчісувати волосся гребінцем з дуже маленькими, частими зубчиками. Звичайні гребінці неефективно видаляють гниди, при їх використанні потрібно додатково знімати гниди пальцями. Якщо волосся довге, то їх доведеться зрізати хоч би до плечей (хлопчиків підстригти наголо), щоб було легше вичісувати мертвих комах і їх яйця. Полегшити вичісування можна, нанісши на волосся бальзам, риб'ячий жир, масло, надавши їм «ефекту ковзання». Масло оливи позбавляє від паразитів, а масло герані сприяє протизапальним процесам, загоює рани.

При боротьбі з головним педикульозом надзвичайно важливо знешкодити (прокип'ятити, пропрасувати) особисту білизну інфікованої людини (подушки, рушники, наволочки, простирадла і т.д.). Також необхідно оглянути інших членів сім'ї (однокурсників, дітей в тій же групі дитячого саду тощо) щодо зараження.

Варто пам'ятати, що повторний огляд на наявність вошів, а також повторну обробку необхідно здійснювати через 7-10 днів.

ДО УВАГИ ФАХІВЦІВ!

Про виявлений випадок педикульозу необхідно повідомити в районну санітарно-епідеміологічну станцію.

Профілактика.

- Дотримання особистої і громадської гігієни: регулярне миття тіла (не рідше 2-х разів на тиждень), зміна натільної і постільної білизни; прання постільної білизни при високій температурі, прасування одягу гарячою праскою, особливо швів, де воші, як правило, відкладають яйця.
- Недопущення передачі особистого гребінця іншим особам.
- Нанесення рідини з чайного дерева і лаванди на потиличну частину і за вухами з метою запобігання появі вошів.
- Кип'ятіння використаних речей (переважно рушників, головних уборів, постільної білизни, одягу, що має капюшони і коміри, м'яких іграшок) з метою запобігання повторному зараженню педикульозом.
- Для перевірки наявності вошів необхідно розчесати голову над світлою тканиною.
- Не замотувати голову рушником на ніч, а ретельно висушити волосся феном.

Короста

Короста — це заразливе захворювання, яке є одним з найбільш поширених в дерматології. Не зважаючи на те, що про коросту майже усе давно відомо, досі зустрічаються проблеми і в діагностиці цього захворювання, і в його лікуванні.

Причини корости.

Короста — це паразитарне інфекційне захворювання, яке виникає внаслідок всмоктування в шкіру коростявих кліщів, невидимих неозброєним оком.

Коростявий кліщ *Sarcoptes scabiei* — не комаха, а представник павукоподібних. Довжина самиці коростявого кліща — близько 0,5 мм. Живе вона близько місяця. Самиці проробляють ходи під роговим шаром шкіри, відкладаючи там щодня по 2-3 яйця, з яких вилуплюються личинки, які проходять декілька стадій розвитку і перетворюються в дорослих особин. Цей процес відбувається в шкірі пацієнта. Там же вони залишають продукти своєї життєдіяльності. Потім вони піднімаються на поверхню шкіри і спаровуються. Самці, запліднивши самицю, незабаром гинуть, після чого самиці засмоктуються в шкіру колишнього або нового господаря.

Покинувши господаря, коростявий кліщ при кімнатній температурі здатний прожити 2-3 доби, але при кип'ятінні або на морозі він гине майже відразу.

Зараження коростою, як правило, відбувається при тісному контакті з хворою людиною (наприклад, лежачи в ліжку), або через предмети загального вжитку, наприклад, одяг або постільну білизну, а також в роздягальнях лазень або при статевому контакті.

Симптоми корости.

Захворювання може розвиватися безсимптомно упродовж декількох тижнів. Характерним, але не обов'язковим, клінічним симптомом при корості є шкірний свербіж, що посилюється увечері, коли паразити активізуються. На шкірі з'являється висип, при розчухуванні додаються гнійничкові утворення у формі вузликів з пухирцями і утворюються кірки з формуванням поліморфних висипань.

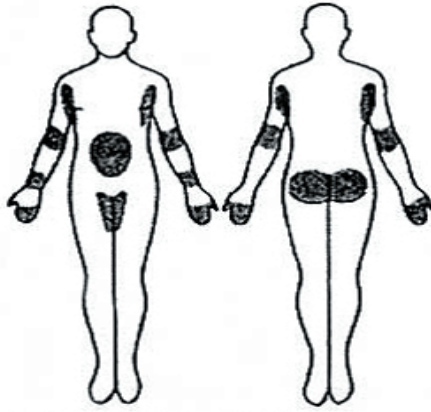
Як тільки самиця кліща потрапляє на шкіру людини, вона негайно починає «рити» хід в роговому шарі шкіри із швидкістю 0,5-5 мм на добу. В результаті на поверхні шкіри при уважному спостереженні можна виявити лінії білясто-сірого кольору, що злегка височіють над поверхнею шкіри, розмірами від 1 мм до 1 см. Передній сліпий кінець ходу помітний через наявність у ньому кліща, який видно крізь верхній шар шкіри у формі темної крапки. Коростяві ходи стають видимими через декілька днів. Частіше їх можна виявити у міжпальцевих проміжках, на внутрішній стороні зап'ястя і на шкірі пеніса. Іноді коростяві ходи виявити не вдається (**короста без ходів**).

Викликає свербіж присутність кліща в шкірі і його життєдіяльність, що є своєрідною алергією на нього. Тому при першому зараженні свербіж і з'являється лише через декілька тижнів (поки не сформується алергічна реакція), але при повторному зараженні у людини виникає свербіння вже в першу добу. Тому захворювання так і називається, оскільки при ньому свербить тіло.

Висип розподіляється найчастіше (в низхідному порядку) в міжпальцевих проміжках кистей, на згинальному боці зап'ястя, у чоловіків швидко переходить з кистей на пеніс і мошонку. Потім вражаються лікті, стопи, пахви, зони під грудьми у жінок, пупкова зона, лінія поясу, сідниці. У результаті заражається може усе тіло, окрім обличчя і волосяної частини голови (хоча у дітей до 3 років вражаються і ці зони) (див. мал.)

Наявність свербіння, первинного висипу і коростявих ходів є основним клінічним симптомокомплексом **типової форми корости**.

Зони ураження коростою на тілі людини



Приєднання вторинної інфекції може призводити до утворення гнійників. Можливі ускладнення основного захворювання у формі дерматиту, гнійного ураження шкіри, лімфаденіту, виникнення фурункулів і абсцесів.

Короста «охайних» або **короста «інкогніто»** виявляється у осіб, що часто миються в побуті або за родом своєї виробничої діяльності. При цьому значна частина популяції коростявого кліща механічно знищується з тіла хворого. Клініка захворювання відповідають типовій корості при мінімальній вираженості проявів. Ускладнення нерідко маскують справжню клінічну картину корости. Найбільш поширеними є піодермія (розвиток гнійників) і дерматит, рідше зустрічаються мікробна екзема і кропив'янка.

Лікування.

Лікування хворих коростою насамперед спрямоване на знищення збудника за допомогою акарицидних препаратів: бензилбензоат, сірчана мазь, «Ниттифор», «Спрегаль» та ін. видів мазі, кремів, розчинів, шампунів, емульсій і аерозолів.

Під час застосування різних препаратів виникає проблема вивчення їх ефективності і токсичності, особливо у дітей. Крім того, до основного захворювання можуть приєднатися й інші інфекції, а в цих випадках лікування вимагає ще і патогенетичної терапії, щоб знищити не лише кліща, але і запальний процес, причиною якого він став. Тому самостійно впоратися з коростою, навіть якщо купити найновіший препарат і використовувати його за схемою, можна далеко не завжди.

Загальні правила лікування.

Досвід засвідчує, що при корості не буває рецидивів, причинами відновлення захворювання є реінвазія від непролікованих контактних осіб у вогнищі або поза ним, недо лікування хворого у зв'язку з недотриманням схем, часткова обробка шкірного покриву, скорочення тривалості курсу терапії.

- Лікування потрібно проводити винятково під наглядом лікаря.
- Лікування усіх хворих, що проживають разом, повинне проводитися одночасно.
- Необхідно чітко дотримуватися схеми обробок, розписаної в інструкції

до препарату або за призначенням лікаря.

- Препарат наноситься на усе тіло, окрім обличчя і волосяної частини голови, а у дітей до 3 років обробляти потрібно і ці ділянки.
- Важливо коротко підстригти нігті і густо наносити препарат під ними (при розчісуванні під нігтями скупчуються яйця).
- Втирання будь-якого препарату проводиться руками, що зумовлено високою чисельністю коростявих ходів на кистях. Якщо промежина і пах густо покриті волоссям, препарат краще втирати щіткою.
- Лікування необхідно проводити ввечері, що пов'язано з нічною активністю збудника.
- Миття хворого рекомендується проводити перед початком і після закінчення курсу лікування, при необхідності хворий може змивати препарат щоранку, при цьому експозиція його на шкірі має бути не менше 12 годин, включаючи увесь нічний період.
- Зміна натільної і постільної білизни проводиться після закінчення курсу терапії.
- Для дітей, школярів, солдатів бажано запровадити 10-денний карантин.
- Через 2 тижні рекомендований повторний огляд лікаря з метою вирішення питання про повторний курс лікування.

Профілактика.

Спектр профілактичних заходів визначається залежно від епідеміологічної ситуації. При виявленні корости заповнюється форма екстреного оповіщення і сповіщаються органи санітарно-епідеміологічної служби за місцем проживання хворого.

Особи з одного вогнища лікуються спільно з метою профілактики повторного зараження. Усі особи, які контактували з хворим, проводять одноразову профілактичну обробку шкірних покривів протикліщовими препаратами.

Після лікування хворого більшість інструкцій рекомендують обробити усі речі і білизну, з якими контактував хворий (спеціальні спреї, прання в гарячій воді). Відповідно до даних щодо виживання коростявих кліщів у зовнішньому середовищі, а також у зв'язку з надзвичайно низькою ймовірністю передачі корости через побутові предмети (непрямий контактний шлях передачі) наступні рекомендації обговорюються у кожному конкретному випадку. На сьогодні згідно з інструкціями не рекомендує обробляти матраци, м'які меблі і килими; постільну і нижню білизну необхідно попарити у гарячій воді, якщо з моменту їх використання пройшло менше 48 годин.

Примітка: Всупереч поширеній помилці короста не пов'язана з низьким рівнем гігієни. Коростявий кліщ не сприйнятливий до води або мила. При щоденному прийомі душу/ванни кількість кліщів та ймовірність зараження не знижуються.

Лишай

Рожева пляма на шкірі дитини повинна викликати у Вас підозру на лишай. На початку захворювання на шкірі виникають круглі або овальні плями,

частіше на відкритих частинах тіла: руках, ногах, спині. Вони викликають неприємні відчуття і сильно сверблять. Якщо вчасно не почати лікування лишая, бляшки можуть поширитися по усьому тілу, свербіж при цьому посилюється.

Лікарі виділяють декілька видів лишая: червоного, рожевого, стригучого, висівковоподібного. Дерматологи відмічають, що у дітей найчастіше зустрічається стригучий лишай (мікроспорія).

Найчастіше лишай передається від тварин, але дитина може його підхопити і від хворої людини: через іграшки і предмети гігієни.

Симптоми.

Круглі або овальні плями рожевого кольору, частіше на відкритих частинах тіла: руках, ногах, спині. Вони викликають неприємні відчуття і сильно сверблять.

Причини.

Найбільш часто стригучим лишаєм заражаються діти при контакті з хворими тваринами або людьми, а також через предмети, яких торкався хворий.

Тактика:

- можна дати дитині діазолін, щоб позбутись свербіння;
- в жодному разі не змащуйте дитину кремом, поки не отримаєте консультацію дерматолога, щоб не знівелювати картину захворювання;
- отримайте консультацію дерматолога;
- здайте необхідні аналізи;
- продезінфікуйте предмети особистої гігієни, тому що спори грибкової інфекції можуть жити і в гребінці, і в ножицях тощо;
- на час захворювання приберіть усі килими і м'які іграшки: частинки шкіри і волоски зі спорами лишая, що осіли на них, можуть потрапити на ворсисту поверхню, з якою їх дуже важко буде прибирати;
- кілька разів на день використовуйте пилосос для прибирання і мийте підлогу дезінфікуючими засобами, щоб хвороботворні мікроорганізми не поширювалися приміщенням;
- намагайтесь кип'ятити і прасувати білизну дитини окремо, щоб захворювання не передалося іншим;
- частіше змінюйте і періть одяг дитини, особливо нижню білизну, яка контактує з небезпечними бляшками;
- після кожної гри мийте дитячі іграшки, щоб вони не стали джерелом поширення небезпечної інфекції;
- не купайте дитину у ванні (так інфекція може поширитися по усьому тілу). Огорніть уражені ділянки шкіри целофаном, щоб на них не потрапляла вода, і акуратно помийте дитину губкою;
- привчайте дитину до того, що після спілкування з собакою або кішкою обов'язково потрібно вимити руки милом;
- не використовуйте синтетичний одяг. Він створює парниковий ефект, що сприяє швидкому поширенню мікроспорії. Одяг з бавовняної тканини не подразнюватиме запалені ділянки на ніжній дитячій шкірі;

- поясніть дітям, що гуляти на сонці при захворюванні небезпечно, так як сонячні промені (тепло) сприяють росту грибка. Гуляти краще увечері;
- стежте за тим, щоб хворий не контактував з іншими дітьми;
- спостерігайте за тим, щоб дитина не розчухувала бляшки. Це сприяє швидкому поширенню лишаю по усьому тілу.

Лікування лишаю у дитини.

При стригучому лишаї лікар, як правило, призначає протигрибкову мазь або крем. Серед підсушуючих препаратів найчастіше рекомендують застосовувати йод або фукорцин. У процесі раціонального лікування бляшки повинні зникнути через декілька днів. Але іноді виникають рецидиви. Щоб уникнути їх, не припиняйте лікування, навіть якщо плями зійшли, поки аналізи не засвідчать, що дитина здорова.

6.8. Передозування наркотичними речовинами

Передозування виникає при прийомі занадто великої дози наркотика, яка порушує роботу найважливіших внутрішніх органів: головного мозку, печінки, серця, легенів і нирок. При передозуванні може статися зупинка серця і дихання, втрата свідомості. Кожне з цих ускладнень може призвести до смерті.

189

Чинники, що підвищують ризик передозувань:

1. Змішування наркотиків.

Змішування наркотиків — найпоширеніша причина смерті при передозуванні. Йдеться як про введення «коктейлю» з декількох наркотичних речовин (в одному шприці), так і про одночасне вживання різних препаратів (опіатів, димедролу, барбітуратів, алкоголю та ін.). Наркотики взаємодіють один з одним і посилюють токсичну дію на організм.

2. Звикання / Толерантність.

Однією з властивостей наркотиків є здатність викликати звикання (толерантність). При розвитку звикання для досягнення бажаного ефекту від вживання наркотика, наприклад, ейфорії («кайфу»), доводиться вводити більшу дозу. Безперервне збільшення дози посилює наркотичну залежність і дуже часто призводить до передозування. Перерва у вживанні також впливає на ризик передозування. За час перерви (лікування, стриманість, детоксикація, ув'язнення) організм відвикає від наркотиків, тому введення колишньої дози може призвести до передозування.

3. Введення наркотика до закінчення дії попередньої дози.

Введення наркотика до закінчення дії попередньої дози сприяє його накопиченню в організмі і може призвести до передозування.

4. Ступінь очищення наркотика.

Дія наркотика залежить від ступеня його очищення, тобто від кількості домішок, що містяться у ньому. Якщо отримується наркотик невідомої якості

або у нового постачальника, підібрати дозу складно, оскільки не можливо визначити «на око», скільки в наркотику міститься активної речовини, а скільки — домішок.

5. Зміни в стані здоров'я.

Зміни в стані здоров'я можуть впливати на ризик передозування. Хвороба або зниження ваги можуть змінити здатність організму переносити наркотики.

Передозування може викликати:

- зупинку дихання;
- зупинку серця;
- повну втрату свідомості (кома);
- смерть.

Ознаки передозування (вживання) депресантами (опіати):

- уповільнене поверхнєве дихання;
- падіння кров'яного тиску;
- послаблення пульсу;
- зменшення частоти серцебиття;
- звуження зіниць (цяткові зіниці);
- посиніння губ і кінчиків пальців;
- блідість і сухість шкіри;
- виражене розслаблення мускулатури (зовні проявляється у сповільненості рухів, підгині колін, заціпенінні, людина надовго застигає в певній позі, характерна поза «навпочіпки»);
- порушення свідомості (від стану сонливості до повної відсутності свідомості);
- нудота, блювота;
- порушення мовлення (невиразна вимова).

Ознаки передозування (вживання) стимуляторами (кокаїн, амфетаміни):

- паніка;
- страх смерті;
- рухове збудження (потерпілий не знаходить собі місця, метушиться);
- підвищення кров'яного тиску (аж до інсульту при передозуванні кокаїном);
- посилення серцебиття;
- вологість шкіри;
- сильний, пульсуючий головний біль;
- відчуття здавлення, біль у грудній клітці;
- піна з рота;
- нудота, блювота;
- розширення зіниць.

Перша допомога при передозуванні депресантами:

1. Викличте «швидку допомогу». У більшості випадків при передозуванні необхідна кваліфікована медична допомога, а іноді — й спеціальне устаткування. Тому «швидку допомогу» потрібно викликати обов'язково!
2. Переконайтеся, що потерпілий у свідомості: голосно покликайте його по імені кілька разів. Якщо він не реагує, можна спробувати ущипнути його за мочку вуха (вона досить чутлива, і якщо людина у свідомості, вона зреагує). Якщо у потерпілого все ж відсутня реакція на такі дії, намагайтесь привести його у свідомість: розітріть вуха, покрутіть мочки вух, поплещіть долонями по щоках, поплещіть по шії ззаду. Можна змочити ватку або шматочок тканини нашатирним спиртом і піднести її до носа потерпілого.

Звільніть потерпілого від одягу, що ускладнює дихання, розстебніть комір, щоб йому було легше дихати.

3. Якщо потерпілий прийшов в себе, не давайте йому заснути, говоріть з ним, змушуйте відповідати на прості питання. Поясніть йому, як він повинен дихати: глибокий повільний вдих, спокійний повільний видих. Необхідно стежити за диханням потерпілого, оскільки при передозуванні опіатами воно ускладнене, і людина може взагалі припинити дихати.
 4. Якщо свідомість відновити не вдалося, відсутні дихальні рухи грудної клітки, пульс на сонній або стегновій артерії не відчувається, серцебиття не прослуховується, зіниці розширені — життя потерпілого у небезпеці. Але ви можете його врятувати! Ось декілька прийомів, які допоможуть потерпілому протриматися до приїзду швидкої допомоги:
- *Покладіть потерпілого на тверду поверхню (на підлогу, тротуар, але не на ліжку з сіткою, що прогинається).*
 - Перевірте прохідність верхніх дихальних шляхів (ніс, рот, горло). При передозуванні потерпілому найчастіше заважають дихати запалий язик (це відбувається через розслаблення усіх груп м'язів) або блювотні маси. Їх необхідно видалити з рота пальцем (краще перед цим обмотати палець тканиною або бинтом).

Звільнення дихальних шляхів при западанні язика:

1. Максимально закиньте голову потерпілого. Для цього треба підкласти одну руку під ший і обережно потягнути вгору, одночасно іншою рукою притримувати і натискати на лоб. Щоб утримати голову в такому положенні, підкладіть під ший валик (можна з одягу).
2. Трохи відкрийте його рот і висуньте нижню щелепу вперед. Для цього треба намацати кути нижньої щелепи (вони розташовані симетрично трохи нижче мочок вух), захопити їх і висунути щелепу вперед так, щоб верхні і нижні зуби знаходилися в одній площині.
3. Підніміть ноги потерпілого вертикально, потримаєте впродовж 15 секунд, потім опустіть. Залиште ноги у підвищеному положенні (підкладіть під гомілки подушку або сумку).

Як зробити штучне дихання:

1. Зробіть глибокий вдих.
2. Відкрийте рот потерпілого і своїми губами щільно обхопіть його губи (краще робити це через носову хустку або шматок тканини).
3. Закрийте його ніс пальцями (інакше усе повітря, яке вдувається, вийде через ніс).
4. Зробіть видих, вдуваючи повітря в легені потерпілого.
5. Краєм ока контролюйте правильність виконання дихання (коли ви видихаєте, грудна клітка потерпілого повинна підводитися). Відсутність рухів грудної клітки вказує на те, що повітря в легені не поступає. У такому випадку ще раз переконаєтеся у прохідності верхніх дихальних шляхів. При необхідності прочистіть їх повторно. Іноді необхідно збільшити об'єм вдуваного повітря.
6. Варто мати на увазі, що ви забезпечуєте потерпілому тільки «вдих», «видих» повинен відбуватися без вашої участі (не треба намагатися видавлювати повітря з його легенів).
7. Частота штучних вдихів має бути, як правило, близько 18-20 за хвилину. Менша кількість вдихів не забезпечує потрапляння достатньої кількості кисню.

Як провести закритий масаж серця:

1. Встаньте на коліна збоку від потерпілого.
2. Покладіть кисть однієї руки (якщо ви «правша», то лівою) на нижню третину грудини. Не можна зміщувати руку нижче — туди, де грудина переходить в так званий «мечоподібний відросток», тому що ця крихка кістка може зламатися. Намагайтесь також не зміщувати руку убік від середньої лінії тулуба — тиск на ребра досить часто призводить до їх переломів. Кисть повинна розташовуватися перпендикулярно грудині.
3. Кисть другої руки (якщо ви «правша», то правою) кладете згори на першу під кутом 45° для посилення тиску.
4. Починаєте масаж — ритмічні поштовхи лише зап'ястком. Пальці не повинні натискати на ребра. Ваші руки при цьому розігнуті в ліктьових суглобах, це дозволить вам використати для натискання не лише силу рук, але і вагу тулуба.
5. Кисті після натискання від грудної клітки не відриваєте, проте натискання повністю припиняєте, щоб грудина повернулася в початкове положення.
6. Кількість рухів при масажі має бути в межах 80-100 за хвилину.

Перша допомога при передозуванні стимуляторів:

1. Негайно викликайте швидку медичну допомогу або відвезіть людину в лікарню швидкої допомоги.
2. Дати людині багато питва.

3. Підтримувати його/її у свідомості й спокої, наскільки це можливо.
4. Намагайтесь знизити температуру тіла. Для цього покладіть прохолодний вологий одяг під пахви, під коліна і/ або на лоб, щоб зберегти оптимальну температуру тіла.
5. Якщо станеться зупинка серця, необхідно зробити штучне дихання і непрямий масаж серця.
6. Завжди треба пам'ятати, що при передозуванні речовинами амфетамінового ряду потрібна швидка медична допомога, і її треба забезпечити якнайшвидше.

Що не варто робити при передозуванні:

1. Не поміщайте потерпілого в холодну ванну — він може захлинутися. Якщо він ще дихає, розмістіть його під прохолодний душ, щоб він опритомнів. Залишайтеся з ним і стежте, щоб вода не потрапляла в ніс або рот.
2. Не залишайте його одного навіть після того, як ви викликали «швидку допомогу». Якщо вам все-таки необхідно піти, потурбуйтеся, щоб потерпілий знаходився у безпечному положенні (повинен лежати на боці, під голову треба підкласти подушку або сумку).
3. Не вводьте депресанти (опіати, барбітурати, алкоголь) при передозуванні стимуляторами (амфетаміни, кокаїн); навпаки у разі передозування депресантами не вводьте стимулятори. Вживання наркотиків в такому поєднанні лише посилить отруєння організму і може бути смертельно небезпечним!

6.9. Аптечка: вміст, призначення основних препаратів

Про основні ліки потрібно знати, хоча б для того, щоб орієнтуватись, що можна застосовувати в домашніх умовах без попередньої консультації з лікарем.

Почнемо з формування аптечки.

По-перше, треба придумати місце для її зберігання. Бажано, щоб воно було легкодоступним, але не на видноті. І особливо необхідно тримати сильнодіючі засоби в недоступному місці.

По-друге, варто знати, як зберігати ліки. Бажано мати такий ящик, в якому можна зручно розкласти усі ліки, щоб вони не переплуталися. Можна узяти для аптечки стандартний набір. Деякі з них дуже зручні, компактні, і водночас усі ліки видно, коли відчиняєш ящик (наприклад, скриньки для інструментів).

ВМІСТ АПТЕЧКИ

Потрібні перев'язувальні матеріали і матеріали для обробки ран, опіків й інших ушкоджень:

- **бинт у стерильній упаковці**, щоб довго зберігався, або упаковка стерильних серветок;
- **бинт нестерильний**, його зручно використовувати при нежиті як разові носові хустки або як мотузку для білизни;
- **вата**;
- **марлеві серветки стерильні**;
- **пластир бактерицидний**;
- **пластир (кільце)**;
- **перекис водню** – використовується для промивання глибоких ран, а також гнійних ран;
- **йод** для обробки дрібних ран і подряпин, яким також можна малювати «сіточки» на місці ущільнення після ін'єкцій або при радикуліті. Пам'ятаєте тільки, що при ранах великих і глибоких обробляти йодом треба лише краї, щоб не подразнювати і так пошкоджену тканину;
- **фукорцин** – антисептик, замість «зеленьки»;
- розчин діамантового зеленого або «**зеленька**». Потрібна теж для дезінфекції ран, обробки папул (бульбашок) при вітряній віспі. Знешкоджують не гірше за йод, але змивається краще за останній;
- **бинт еластичний трубчастий №№1, 3, 6 по 1**;
- можна **аптечний клей БФ** для обробки зовсім дрібних подряпин;
- **гумовий джгут** для зупинки кровотеч при ушкодженні великих судин;
- **марганцевокислий калій** або «марганцівка» – багатофункціональний препарат: слабким розчином можна промивати шлунок при підозрі на харчове отруєння, промивати сильно забруднені рани, обмивати статеві органи хлопчикам при різних баланітідах.

МЕДИЧНІ ПРЕПАРАТИ:

- **Парацетомол** – для зниження підвищеної температури, особливо дітям і людям з хворим шлунком. Аспірин сильно дратує слизову оболонку шлунку. Також парацетомол діє як слабкий протизапальний засіб.
- **Сердечні засоби** (умовна назва): валідол, валокардин або корвалол. Пігулки приймати при болях у серці.
- **Анальгін** або інший знеболюючий засіб. У поєднанні з аспірином і димедролом дуже ефективно знижує температуру.
- **Папаверин у пігулках або «Но-шпа»**. Знімає спастичні болі в кишковик (коли раптом різко «схоплює» живіт) після щедрого вживання їжі багатою на клітковину: овочі, фрукти, капуста. Може знімати біль при гастритах, холециститах й інших хворобах шлунково-кишкового тракту. Іноді «Но-шпа» допомагає при зубному болю.
- **Засіб від проносу**. Можна «Імодіум». Старовинні добрі левоміцетин і

фалазол теж допомагають, але це досить сильні антибіотики, крім того, на них може бути алергія.

- **Супрастин, тавегіл або діазолін** – засоби від алергії.
- **Активоване вугілля** використовується при отруєннях, алергічних реакціях тощо.
- **Спирт медичний етиловий** для обробки шкіри перед різними маніпуляціями, для приготування різних компресів.
- **Стоматидин** використовуються для полоскання ротової порожнини.
- **«Елекасол»** – ефективний і доступний засіб для полоскання горла при різних запаленнях.
- **Спазмалгон** – препарат, що знімає болі, викликані спазмами різної локалізації.
- **Панкреатин** – препарат, що поліпшує процеси травлення.
- **Гропрінозин** (Оксолинова мазь) – противірусний препарат, який використовується в основному під час епідемії.
- **Фурацилін** для полоскання ротової порожнини і промивання ран.
- **Нормакс** – очні/вушні крапельки з антибіотиком.
- **Нафтизин або формазалін**, краплі в ніс.
- **Рятувальник**. При забиттях, синяках, порізах й інших шкірних ушкодженнях.
- **Аміаку розчин, 10%** у флаконах по 10-40-100 мл або в ампулах по 1,0 мл – застосовують для виведення хворого з непритомного стану: для цього ватку, змочену нашатирним спиртом, на 0,5-1 секунду підносять до носа потерпілого; при укусах комах примочки з нашатирним спиртом кладуть на місце укусу.
- **Мазь іхтіолова** – при шкірних наривах.
- **Септефрил, фалиминт** при болі в горлі.
- **Стрептоцид** – для захисту поверхні рани, можна розсмоктувати при болі в горлі, розміщуючи під язиком.
- **Тетрациклінова очна мазь** – для лікування очних запальних процесів.
- **Сода двовуглекисла в порошок** – застосовується для полоскання і промивання в 0,5-2% водних розчинах при захворюваннях очей, носоглотки, а також для промивання слизових оболонок і шкіри при попаданні на них кислот; при печії соду вживають по 0,5-1 гр. кілька разів на день (дітям призначають по 0,1-0,75 гр. за прийом залежно від віку)
- **Левоміцетин, 30%** розчину в тубиках-крапельницях місткістю 1,5 мл – застосовується при інфекціях, травмах ока і попаданні в нього чужорідних тіл; у око заковують 1-2-3 краплі ліків.
- **Вазелінове масло.**
- **Пантенол** – для обробки ран, опіків.
- **Дипрелиф, диклофенак** – при болях у суглобах;
- **Бензилбензоат, сірчана мазь, «Ниттифор», «Спрегаль»** для лікування корости.

- **«Ниттифор» крем або мазь, «Пара-плюс»** — для лікування педикульозу.
- **Сироп кореня солодки** — при кашлі.

Цей мінімальний набір послужить вам основою, бо хронічні хворі (точніше — хворі на хронічні захворювання) повинні будуть додати в домашню аптечку свої ліки, якими вони користуються для зняття нападів і загострень.

Вироби медичного призначення:

1. Грілка + трубка для клізми — використовується для прогрівання деяких хворих місць, а також для промивання кишкового.
2. Дитяча клізма.
3. Термометр — для вимірювання температури тіла, бажано ртутний, для дуже маленьких дітей краще використовувати гарний електронний, який вимірює температуру за декілька секунд.
4. Шприци: на 20 мл — 2 шт., на 10 мл — 2 шт., на 2 мл — 5-6 шт. Шприци застосовують не лише для ін'єкцій препаратів, а також для набору точних доз рідких ліків для приготування різних компресів, «бовтанок» тощо.
5. Маски одноразові, бажано 10 шт.
6. Рукавички одноразові.
7. Ножиці тупокінцеві.
8. Папір вощений — використовується для компресів.
9. Напальчники гумові — використовуються для захисту пов'язок і садин, що гояться, від мікробів, бруду.
10. Пінцет (без зубчиків) — застосовується для видалення чужорідних тіл зі шкіри й інших маніпуляцій.
11. Піпетка очна — для краплинного введення рідких ліків.
12. Пухир для льоду гумовий — для створення локального охолодження ділянки тіла при травмах, захворюваннях.
13. Шпатель медичний для нанесення крему.
14. Скляночка мірна — для виміру рідини
15. Скляночка для промивання ока.

РОЗДІЛ 7

Соціально-небезпечні інфекції: шляхи передачі, профілактика, лікування

197

7.1. ВІЛ-інфекція.

7.2. Туберкульоз.

7.3. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

7.4. Вірусні гепатити.

СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЇ: ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ, ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ

7.1. ВІЛ-інфекція.

ВІЛ-інфекція — хронічна вірусна хвороба, яка вражає імунітет людини і призводить до розвитку СНІДУ — синдрому придбаного імунodefіциту. Збудником хвороби є ВІЛ — вірус імунodefіциту людини. Проникаючи в організм, ВІЛ вражає СД4-лімфоцити — головні клітини захисної системи людини. Збудник цієї хвороби (вірус імунodefіциту людини) виявлений в 1983 р. американським ученим Галло і французьким ученим Монтаньє.

Сьогодні епідемія ВІЛ-інфекції поширилася по всьому світу: не залишилася жодної країни, де б не було ВІЛ-інфекції. У світі близько 33 мільйонів ВІЛ-інфікованих людей, з них в Україні за станом на початок 2010 р. офіційно зареєстровано понад 160 тисяч осіб. Україна займає 6 місце у світі за темпами поширення епідемії ВІЛ/СНІД і другу позицію у Європі. За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДУ кількість ВІЛ-інфікованих в Україні складає приблизно 1,33% дорослого населення.

198

Шляхи передачі ВІЛ.

ВІЛ передається:

- статевим шляхом (під час незахищених сексуальних контактів);
- через кров (при внутрішньовенному вживанні наркотиків, нанесенні татувань пірсинга і переливанні крові);
- від матері до дитини під час вагітності, пологів, годування грудьми.

Інфікування статевим шляхом може відбуватися при усіх видах проникаючих статевих контактів без презерватива, тобто при вагінальному, анальному і оральному сексі.

Структура слизової прямої кишки відрізняється від слизової оболонки піхви. Вона тонша і призначена для всмоктування рідини. Крім того, у прямій кишці не виділяється природне мастило. У зв'язку з цим незахищені анальні контакти небезпечніші, оскільки під час цього виду сексу слизова оболонка прямої кишки ушкоджується найбільше.

Вагінальні контакти представляють велику небезпеку через наявність інфекції, що передаються статевим шляхом і під час менструації.

Необхідно пам'ятати, що оральний незахищений сексуальний контакт також може привести до інфікування ВІЛ, особливо за наявності захворю-

вань слизовою оболонкою рота.

При спільному або повторному використанні шприців і голок під час вживання ін'єкційних наркотиків в організм може потрапити кров іншої (ВІЛ-інфікованої) людини. Тому люди, які вживали або вживають ін'єкційним шляхом наркотики, використовуючи чужий нестерильний інструмент, ризикують інфікуватися ВІЛ-інфекцією.

Вертикальний шлях передачі ВІЛ — передача ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, пологів, годування грудьми. Ризик інфікування дитини зростає під час годування дитини грудьми, при важкому перебізі вагітності і складних пологах.

Треба знати і пам'ятати, що **ВІЛ не передається:**

- При рукостисканні.
- При спільному користуванні побутовими приладами, посудом, речами.
- При поцілунках.
- У лазні й сауні.
- Через дверні ручки і поручні.
- Під час переймів.
- Через укуси комах і комарів.
- При кашлі і чханні.

199

Прояви ВІЛ-інфекції в організмі людини.

Після інфікування людина може передати інфекцію своїм статевим партнерам через 5-7 днів. У перші 6-8 тижнів у інфікованої людини може розвинутися гострий період ВІЛ-інфекції. Вірус дуже швидко проникає в клітини крові (лімфоцити) і починає нестримно розмножуватися. Він вражає різні органи і системи, хворий може скаржитися на підвищення температури, погіршення здоров'я, слабкість, болі в суглобах. У 60% осіб цей період проходить непомітно, людина навіть не підозрює, що могла інфікуватися ВІЛ.

У перші 3 місяці після інфікування у крові з'являються антитіла проти ВІЛ — захисні білки, які виробляються як відповідь на проникнення в організм вірусу імунodefіциту. Виявлення цих білків є основним методом діагностики.

Протягом перших 3 місяці діагноз поставити неможливо (це так зване «діагностичне вікно»). Після закінчення періоду гострої інфекції у людини починається тривалий безсимптомний період. Упродовж 10-12 років люди живуть з ВІЛ, не підозрюючи про захворювання. В цей час їх може турбувати періодичне збільшення лімфатичних вузлів, пізніше з'являється певна слабкість, часті простудні захворювання.

Попри те, що люди не почувають себе хворими, їм властивий звичайний спосіб життя, вони представляють небезпеку інфікування при статевих контактах і контактах з кров'ю (вживання наркотиків із застосуванням загальних інструментів, переливання крові). Вірус продовжує вражати організм, руйнувати клітини імунної системи, які повинні захищати від вторгнення вірусів, грибків і бактерій (у медичній літературі їх називають СД4-клітини).

Коли кількість клітин — захисників імунної системи — знижується менше 200 (а в нормі їх повинно бути до 1000 на мілілітр крові), організм стає беззахисним перед вірусами, бактеріями і грибами. У людини розвивається стадія СНІДУ, вона починає хворіти на різні інфекційні захворювання. ВІЛ-інфікована людина відмічає безпричинне схуднення, слабкість, стомлюваність. Частими проявами є герпес, грибкові ураження шкіри і слизових оболонок (кандидоз), онкологічні захворювання.

Нині в Україні доступне лікування ВІЛ-інфекції. Лікування починається на пізніх стадіях інфікування і проводиться протівірусними препаратами. У світі вже використовується 6 груп антиретровірусних препаратів (АРВ-препарати, АРВ-терапія). В Україні використовується 4 групи.

Профілактика ВІЛ-інфекції.

Основним методом профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом є використання якісних презервативів при усіх сексуальних контактах. Оскільки при анальному сексі не виробляється природне мастило (як це відбувається при вагінальному сексі) для зниження ризику травматизації слизової оболонки треба використати лубриканти на водній або силіконовій основі (штучні мастила). Забороняється використовувати мастила на жировій основі (наприклад, вазелін), оскільки вони пошкоджують структуру презерватива.

Для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ з кров'ю при внутрішньовенному вживанні наркотиків, необхідно використовувати індивідуальний шприц. Для обробки шприца можна використати дезінфікуючі розчини. Розчин наркотика перед вживанням рекомендується кип'ятити.

Вагітні ВІЛ-інфіковані жінки, ставши на облік в медичній установі, отримуватимуть профілактику АРВ препаратами. Після пологів вони не повинні годувати грудьми. Ці заходи сприятимуть зменшенню ризику інфікування дитини.

Постконтактна профілактика ВІЛ (ПКП).

ПКП¹ — це медичних захід, спрямований на попередження розвитку інфекції після ймовірного контакту з патогенним мікроорганізмом. Відносно ВІЛ ПКП означає надання широкого набору послуг для профілактики ВІЛ-інфекції після контакту з цим збудником. Ці послуги передбачають першу допомогу, консультування і оцінку ризику, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і залежно від ступеня оціненого ризику надання короткого курсу (28 днів) антиретровірусної терапії (АРВ-терапія) із забезпеченням підтримки і подальшим спостереженням.

Перша допомога.

Перша допомога після можливого контакту з ВІЛ — це дії, які необхідно здійснити негайно після контакту. Їх мета — скоротити час контакту з інфікованими біологічними рідинами (зокрема з кров'ю) і тканинами, а також правильно обробити місце контакту, понизивши тим самим ризик інфікування.

1 Постконтактна профілактика ВІЛ-інфекції. Клінічний протокол для Європейського регіону. — ВООЗ, 2006.

При пораненні голкою або іншим гострим інструментом послідовність дій така:

- Відразу вимити пошкоджене місце з милом.
- Потримати раневу поверхню під струменем проточної води (декілька хвилин або доки кровотеча не припиниться), щоб дати крові вільно витікати з рани.
- При відсутності проточної води обробити пошкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук.
- **Не можна** використати сильнодіючі засоби: спирт, відбілюючі рідини і йод, оскільки вони можуть викликати подразнення раневої поверхні і погіршувати стан рани.
- **Не можна** здавлювати або терти пошкоджене місце.
- **Не можна** відсмоктувати кров з ранки, що залишилася від уколу.

При розбризкуванні крові або інших біологічних рідин послідовність дій така:

Розбризкування на неушкоджену шкіру

- Негайно вимити забруднену ділянку.
- При відсутності проточної води обробити гелем або розчином для миття рук.
- **Не можна** використати сильнодіючі засоби: спирт, відбілюючі рідини і йод, оскільки вони можуть викликати подразнення ураженої поверхні.
- **Використовувати** слабкі дезінфікуючі засоби, наприклад 2-4%-ий розчин хлоргексидину глюконату.
- **Не можна** терти або шкребти місце контакту.
- **Не можна** накладати пов'язку.

Розбризкування в очі

- Відразу промити око водою або фізіологічним розчином. Сісти, закинути голову і попросити колегу обережно лити на око воду або фізіологічний розчин; щоб вода і розчин затікали і під повіки, їх час від часу обережно відтягують.
- Не знімати контактні лінзи на час промивання, оскільки вони створюють захисний бар'єр. Після того, як око промили, контактні лінзи зняти і обробити звичайним способом; після цього вони абсолютно безпечні для подальшого використання.
- **Не можна** промивати очі з милом або дезінфікуючим розчином.

Розбризкування в рот

- Негайно виплюнути рідину, що потрапила в рот.
- Ретельно прополоскати рот водою або фізіологічним розчином і знову виплюнути. Повторити полоскання кілька разів.
- **Не можна** використовувати для промивання мило або дезінфікуючий розчин.

7.2. Туберкульоз.

Туберкульоз (інша назва — сухоти) — це інфекційна хвороба, яка найчастіше вражає легені, але також може вражати інші органи і системи людського організму: нирки, кишківник, кістки, серце, слизові оболонки, шкіру.

У світі налічують приблизно 2 млрд. інфікованих людей (тобто кожен третій). Щорічно заражаються туберкульозом 9 мільйонів осіб у всьому світі, з них 3 мільйони помирають від його ускладнень. Одна хвора людина може інфікувати за рік 10-15 людей.

В Україні офіційно зареєстровано близько 700 тис. хворих на туберкульоз (приблизно 1,5% населення України). За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я цей показник удвічі вищий. У 1995 р. в Україні була оголошена епідемія туберкульозу.

Необхідно пам'ятати, що туберкульоз — це хвороба, поява якої може свідчити про розвиток ВІЛ-інфекції в організмі людини. ВІЛ-інфекція і туберкульоз — це взаємозв'язані захворювання.

Шляхи інфікування.

Інфікування, як правило, відбувається повітряно-краплинним шляхом: при вдиханні мікроскопічних крапель слини, які виділяються інфікованою людиною при кашлі, чханні, розмові, а також при поцілунках. Особливо великий зміст мікобактерій туберкульозу міститься у мокроті хворого туберкульозом. Збудник туберкульозу — мікобактерія туберкульозу (МБТ) або паличка Коха (названа ім'ям ученого, який її досліджував). Джерелом інфекції є хвора людина, іноді тварина — корова, хвора на туберкульоз, бичачого типу.

Мікобактерії туберкульозу дуже стійкі до дії зовнішнього середовища. Так, при температурі 23°C у вологому і темному місці вони можуть існувати до 7 років. У темному і сухому місці (при висиханні мокроті хворого або у пилюці) МБТ зберігається до 10-12 місяців, у вуличній пилюці (тобто в сухому і світлому місці) паличка Коха живе до 2 місяців.

Інфікування може відбутись повітряно-краплинним шляхом під час безпосереднього контакту з хворим:

- при близькому і тривалому спілкуванні з хворим;
- через поцілунки;
- при проживанні з хворим в одному приміщенні;
- опосередковано через забруднені предмети ужитку: книги, рушники, посуд, продукти харчування тваринного походження.

Найчастіше інфікування відбувається повітряно-краплинним шляхом (95%), рідше — з їжею, через молоко хворих корів (5%). Туберкульозна паличка може вражати усі органи і системи людського організму: легені, бронхи, нирки, кишківник, кістки, серце, слизові оболонки. Найбільш небезпечними є хворі з легеневидами формами туберкульозу. За добу вони можуть виділяти більше 1 млрд. мікобактерій. Але більшість людей мають сильну стійкість до туберкульозу, зумовлену високим імунітетом. У світі інфікованих мікобактеріями туберкульозу багато, але з них на туберкульоз хворіє лише 5-6%. Отже,

людину, інфіковану мікобактерією туберкульозу, і людину, хвору на туберкульоз, не можна ототожнювати. Людина, інфікована мікобактерією туберкульозу, з високим рівнем імунітету, яка проживає у гарних побутових і гігієнічних умовах, добре харчується, не захворіє на туберкульоз. Якщо харчовий раціон людини неповноцінний (недостатньо вітамінів, жирів і білків), а також незадовільні умови проживання (проживання у вологому, погано провітрюваному приміщенні, велика скупченість людей, серед яких є хворі на туберкульоз), то імунітет інфікованої людини знижується, а тому вона може захворіти на туберкульоз.

Прояви туберкульозу.

У початковій стадії туберкульозу не виникає ніяких хворобливих відчуттів, тому рання діагностика туберкульозу можлива тільки при застосуванні специфічних методів дослідження (рентген або флюорографія). Проба Манту застосовується для діагностики туберкульозу у дітей і у ВІЛ-інфікованих осіб. Період без проявів хвороби називається інкубаційним, при туберкульозі він може тривати від декількох тижнів до кількох років. При подальшому розвитку хвороби проявляються симптоми інтоксикації, що свідчать про початок стадії первинного туберкульозу: зниження апетиту, загальна слабкість, підвищена пітливість, температура тіла піднімається до 37,2-38,0 С. З'являється кашель, на який хворий спочатку не звертає уваги, зв'язуючи його з палінням або застудою. Мокроти виділяється мало, вона слизово-гнійна. На початкових стадіях задишка і болі в грудях бувають рідко, але поступово розвиваються. Як правило, описані симптоми проявляються на тлі задовільного самопочуття і збереження працездатності. Тому так важливо не нехтувати загальним правилом цивілізованої людини: якщо кашель триває більше 14 днів, обов'язково необхідно пройти рентгенологічне обстеження. Навіть якщо ви почуваете себе добре, варто один раз на рік пройти профілактичну флюорографію. За сприятливих життєвих умов і за відсутності обтяжливих чинників (паління, алкоголізм, наркоманія) первинний туберкульоз завершується розсмоктуванням і рубцюванням вогнища туберкульозу в легенях. Але це не означає повного звільнення людини від туберкульозу: вона стала носієм палички Коха і є безпечною для оточення, але при наступному зниженні імунітету або під впливом інших інфекційних хвороб (ВІЛ-інфекції, грипу) хвороба знову дасть рецидив, повернеться.

Повернення туберкульозного процесу після періоду його затихання називається вторинним туберкульозом. Перебіг вторинного туберкульозу складніший, ніж при первинному туберкульозі. До кашлю і підвищеної температури додаються болі в грудях, задишка, втрата ваги, відкашлювання кров'ю.

Отже, запам'ятаєте симптоми туберкульозу:

- кашель більше 2 тижнів;
- підвищена температура тіла більше 7 днів;
- задишка;
- біль в грудній клітці;
- поганий апетит, постійна слабкість;
- безпідставна втрата ваги;
- підвищена пітливість, особливо вночі;

- відкашлювання кров'ю.

Двічі на рік повинні проходити флюорографію особи з так званої «групи ризику» щодо туберкульозу:

- хворі, що часто хворіють на пневмонію;
- хворі на цукровий діабет;
- люди, які вживають ін'єкційні наркотики;
- люди, що знаходяться в місцях позбавлення волі або нещодавно звільнилися з них;
- люди, що мешкають або тривалий період знаходяться разом або поряд з хворою на туберкульоз людиною.

Профілактика туберкульозу.

Існує специфічна профілактика туберкульозу — вакцина БЦЖ. Вакцинація проводиться при народженні (на 3 день життя) і у віці 7 років.

Для запобігання захворюванню на туберкульоз необхідно:

- дотримуватися здорового способу життя, не зловживати алкоголем, палінням, не вживати ін'єкційні наркотики;
- дотримуватися правил праці і відпочинку, перебувати у гарних санітарно-гігієнічних умовах;
- у приміщенні має бути свіже чисте повітря, для цього необхідне регулярне провітрювання;
- якісне харчування з достатнім вмістом білків, жирів, вуглеводів;
- варто уникати стресових і конфліктних ситуацій;
- проводити кварцування приміщень.

Щоб зменшити ризик інфікування інших людей, хворий на туберкульоз повинен дотримуватися певних правил:

- при кашлі прикривати рот хустинкою або рукою;
- бажано мати при собі одноразові паперові серветки (одноразові паперові носові хустинки);
- по можливості знищувати паперові носові хустинки відразу після використання;
- проводити вологе прибирання приміщень з використанням дезінфікуючих розчинів;
- користуватися окремим посудом і не дозволяти іншим користуватися ним;
- регулярно провітрювати приміщення, в якому він мешкає;
- міняти постільну білизну і особистий одяг, як мінімум, тричі на тиждень.

З метою дезінфекції необхідно використовувати дезінфікуючі засоби, що містять в собі хлор (наприклад, рекомендується двічі на день вологе прибирання з хлораміном). У хворого має бути особистий посуд, який також дезінфікується хлораміном.

Лікування туберкульозу проводять із застосуванням спеціальних протитуберкульозних препаратів за призначенням лікаря. В окремих випадках

потрібне хірургічне втручання. Самолікування не дозволяється! Основою успіху лікування туберкульозу є суворе дотримання режиму прийому протитуберкульозних препаратів у призначених дозах в рекомендовані терміни. Лікування тривале. Впродовж усього періоду лікування хворому, окрім лікарських препаратів і посиленого харчування, призначають:

- вітамінотерапію;
- дихальну гімнастику, прогулянки на свіжому повітрі;
- лікувальну фізкультуру.

Мультирезистентний туберкульоз — це найбільш небезпечна форма туберкульозу, при якій мікобактерії туберкульозу стають стійкими (несприйнятливими) щонайменше до двох протитуберкульозних препаратів. Термін «мультирезистентний» походить від слів «мульти» — багато і «резистентність» — «стійкість» (несприйнятливість, стійкість). Мультирезистентний туберкульоз поширюється так, як і звичайний туберкульоз.

Причини виникнення мультирезистентного туберкульозу.

Мультирезистентний туберкульоз виникає в результаті неправильного лікування: перерви у прийомі протитуберкульозних ліків з будь-яких причин; самолікування, коли протитуберкульозний препарат (чи схема лікування) використовувався в недостатній кількості або дозі.

Діагностика мультирезистентного туберкульозу:

- мікроскопічне дослідження мокроти/мазка на наявність мікобактерій;
- бактеріологічне дослідження (метод посіву);
- тести для визначення чутливості збудників туберкульозу до протитуберкульозних препаратів;
- рентгенологічне обстеження.

Особливості мультирезистентного туберкульозу:

- мультирезистентний туберкульоз вимагає госпіталізації й ізоляції на декілька місяців;
- лікувати мультирезистентний туберкульоз набагато важче. Як правило, схема лікування складається з призначення не менше чотирьох протитуберкульозних препаратів. Основний курс протитуберкульозного лікування триває, як правило, 24 місяці і більше. Ефективність лікування може бути надзвичайно низькою. Курс лікування дорогий.

7.3. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) — це інфекції, що поширюються переважно в результаті сексуальних контактів від людини людині. Існує більше 30 різних бактерій, вірусів і паразитів, що передаються статевим шляхом. Деякі, зокрема ВІЛ і сифіліс, можуть також передаватися від матері дитині під час вагітності і пологів, а також через продукти крові і пересадки тканин.

Патогенні мікроорганізми, що викликають деякі з найпоширеніших ІПСШ, можна розділити на бактерії, віруси і паразити.

Поширені бактеріальні інфекції:

- *Neisseria gonorrhoeae* (викликає гонорею або гонококову інфекцію).
- *Chlamydia trachomatis* (викликає хламідійні інфекції).
- *Treponema pallidum* (викликає сифіліс).
- *Haemophilus ducreyi* (викликає м'який шанкр).
- *Klebsiella granulomatis* (відома раніше як *Calymmatobacterium granulomatis* викликає пахову гранулему або донованоз).

Поширені вірусні інфекції:

- Вірус імунodefіциту людини (викликає СНІД).
- Вірус простого герпесу типу 2 (викликає герпес статевих органів).
- Вірус папіломи людини (викликає загострені кондиломи, а деякі підтипи призводять до розвитку раку шийки матки у жінок).
- Вірус гепатиту В (викликає гепатит, а хронічні випадки можуть призводити до розвитку раку печінки).
- Цитомегаловірус (викликає запалення цілого ряду органів, включаючи мозок, очі і кишечник).

Паразитарні організми:

- *Trichomonas vaginalis* (викликає вагінальний трихомоніаз).
- *Candida albicans* (викликає вульвовагиніти у жінок; запалення голівки статевого члена і крайньої плоті [баланопостит] у чоловіків).

ІПСШ є головною причиною безпліддя, особливо у жінок. У 10%-40% жінок з неліченими хламідійними інфекціями розвивається симптоматичне запалення тазових органів. Постінфекційна патологія маткових труб є причиною жіночого безпліддя в 30%-40% випадків. Крім того, вірогідність розвитку позаматкової (трубною) вагітності у жінок, що перенесли запалення тазових органів, зростає у 6-10 разів, а причиною позаматкової вагітності в 40%-50% випадків є перенесене раніше запалення тазових органів. Інфікування деякими типами вірусу папіломи людини може привести до розвитку раку статевих органів, зокрема раку шийки матки у жінок.

Неліковані ІПСШ, пов'язані з природженими і перинатальними інфекціями у новонароджених дітей. Серед вагітних жінок з нелікованим сифілісом на початковій стадії 25% вагітностей закінчується народженням мертвого плоду, а 14% — смертю новонародженого, тобто загальна перинатальна смертність складає близько 40%. Поширеність сифілісу серед вагітних жінок в Африці коливається від 4% до 15%. До 35% вагітностей серед жінок з нелікованою гонококовою інфекцією закінчуються мимовільним абортom і передчасними пологами, а до 10% вагітностей — смертю новонароджених. За відсутності

профілактики у 30% — 50% дітей, народжених матерями з нелікованою гонореєю, і майже у 30% дітей, народжених матерями з нелікованою хламідійною інфекцією, розвинеться серйозна очна інфекція (бленорея новонароджених), яка, якщо її не лікувати на ранніх стадіях, може привести до сліпоти. За оцінками, у всьому світі від цієї хвороби щорічно сліпне від 1000 до 4000 новонароджених дітей.

ІПСШ і ВІЛ

Наявність нелікованої виразкової або невиразкової хвороби (ІПСШ, при якій утворюються або не утворюються виразки) збільшує ризик як придбання, так і передачі ВІЛ майже в 10 разів. Тому для зменшення ризику інфікування ВІЛ важливим є невідкладне лікування ІПСШ. Боротьба з ІПСШ важлива для профілактики ВІЛ як серед осіб з найбільш вразливих груп, так і серед усього населення.

Деякі ІПСШ часто протікають без симптомів. Так, наприклад, до 70% жінок і значна частина чоловіків з гонококовою і/або хламідійною інфекцією можуть взагалі не спостерігати жодних симптомів. Як симптоматичні, так і безсимптомні інфекції можуть призводити до розвитку серйозних ускладнень, про які йшлося вище.

Синдромний підхід до ведення пацієнтів.

Не зважаючи на те, що ІПСШ викликають різні патогенні мікроорганізми, деякі з них призводять до схожих або таких, що накладаються один на одного, клінічних проявів, ознак (те, що звичайна людина або провайдер медичної допомоги спостерігає при огляді) і симптомів (те, що пацієнт відчуває, наприклад, біль або свербіж). Деякі з цих ознак і симптомів легко розпізнаються, мають стійкий характер, представляючи синдром, що сигналізує про наявність одного або декількох патогенних організмів. Так, наприклад, виділення з сечовипускального каналу у чоловіків можуть бути викликані лише гонореєю, тільки хламідією або обома цими інфекціями.

Основні симптоми найбільш поширених ІПСШ:

- Виділення з сечовипускального каналу.
- Виразки на статевих органах.
- Припухлості в паху («бубони» у паховій зоні).
- Припухлість мошонки.
- Вагінальні виділення.
- Біль внизу живота
- Неонатальні очні інфекції (кон'юнктивіти новонароджених).

Традиційним методом діагностування ІПСШ є лабораторне тестування. Проте такі тести часто є недоступними або занадто дорогими. З 1990 р. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я рекомендує застосування синдромного підходу до діагностики ІПСШ і ведення пацієнтів із стійкими розпізнаваними ознаками і симптомами певних ІПСШ.

Синдромний підхід є науково обґрунтованим, що пропонує доступне, невідкладне і ефективне лікування. Діагноз, поставлений при застосуванні синдромного підходу з використанням схем для діагностування і лікування, є точнішим, ніж діагноз, який ґрунтується лише на клінічній оцінці (навіть якщо вона сформульована досвідченим фахівцем), а при деяких синдромах ІПСШ і матеріально вигіднішим, ніж лабораторні тести.

Профілактика ІПСШ.

Найефективнішим способом профілактики інфікування або передачі інфекції, що передається статевим шляхом, є утримання від статевих зносин (тобто від орального, вагінального або анального сексу) або ведення статевого життя лише з неінфікованим партнером у межах тривалих, взаємно моногамних стосунків. Чоловічі латексні презервативи при їх постійному і правильному використанні високоефективні щодо зниження передачі ВІЛ й інших ІПСШ.

Глобальна стратегія Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я щодо профілактики ІПСШ закликає реалізовувати такі заходи:

1. Профілактика шляхом пропаганди безпечної сексуальної поведінки.
2. Забезпечення загального доступу до якісних презервативів за доступними цінами.
3. Сприяння ранньому звертання людей, які страждають від ІПСШ, та їх партнерів в служби охорони здоров'я.
4. Включення лікування ІПСШ до переліку основних медико-санітарних послуг.
5. Створення особливих служб для груп населення, які мають часті або непередбачені сексуальні контакти високого ризику, таких як: працівники секс-індустрії, підлітки, водії-далекобійники, військові, наркоспоживачі і ув'язнені.
6. Належне лікування ІПСШ, а саме: використання правильно вибраних і ефективних лікарських засобів, лікування сексуальних партнерів, просвіта і консультування.
7. Скринінг клінічно безсимптомних пацієнтів, коли це можливо (наприклад, на сифіліс, хламідіоз).
8. Забезпечення консультування і добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію.
9. Профілактика і лікування вродженого сифілісу і неонатального кон'юнктивіту і залучення усіх відповідних сторін, включаючи приватний сектор і громади, до процесів профілактики і лікування ІПСШ.

7.4. Вірусні гепатити.

Печінка.

Печінка — це найбільший орган людського організму. Він розташований у верхній правій частині черевної порожнини (живота) і захищений ребрами. Хоча здорова печінка необхідна будь-якій людині, але цей орган особливо важливий для людей, що живуть з ВІЛ, оскільки печінка відіграє важливу роль у переробці і засвоєнні організмом антиретровірусних препаратів й інших ліків. Вірусні інфекції печінки, такі, як: гепатити А, В і С — можуть не лише сильно вражати її, але і ослабити її здатність переробляти ліки. Значної шкоди печінки також можуть завдати наркотики і алкоголь.

Функції печінки.

Печінка виконує три функції: вона запасає і фільтрує кров, видаляючи токсичні речовини з ліків, їжі і біологічних відходів; печінка виробляє жовч, яка, потрапляючи в кишечник, допомагає переварювати жири; печінка допомагає засвоювати поживні речовини з їжі, звільняючи отриману енергію в кров і запасуючи вітаміни і мінерали.

Симптоми хвороби печінки.

Типовими симптомами проблем печінки є надмірна втома, відчуття загального погіршення здоров'я, втрата ваги, втрата апетиту, нудота і блювота, лихоманка, болі в черевній порожнині, шкірний свербіж, збільшення або підвищена чутливість печінки. Це стає особливо помітно, коли шкіра і білки очей жовтіють, сеча набуває темного відтінку, а стілець — навпаки світлий.

Лікування.

Лікування хвороби печінки залежить від конкретних випадків, проте загальні рекомендації такі: відпочинок, відмова від чаю, кави, алкоголю і наркотиків. Для лікування гепатитів В і С застосовують альфа-інтерферон, а також деякі антиретровірусні препарати.

Підтримка здоров'я печінки.

Щоб захистити печінку, необхідно дотримуватись декількох звичайних порад:

- Зробити щеплення від гепатитів А і В.
- Використовувати презерватив при анальному, вагінальному та оральному сексі.
- Споживачам ін'єкційних наркотиків користуватися стерильними шприцями й іншим ін'єкційним інструментарієм.
- Не зловживати алкоголем і пам'ятати, що наркотики також надзвичайно шкідливі для печінки.

Гепатит С

Вірус гепатиту С (ВГС) був уперше виявлений в 1980-х рр. До цього цей тип вірусу гепатиту був відомий як «ні А, ні В». Вірус передається переважно через кров, тому основними групами, вразливими до інфекції ВГС, є спожив-

вачі ін'єкційних наркотиків і реципієнти продуктів крові, наприклад, хворі на гемофілію (ці групи також вразливі до інфікування ВІЛ).

Згідно з даними останніх досліджень ризик інфікування ВГС статевим шляхом складає 0-3% (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 2006). Ймовірність передачі гепатиту С статевим шляхом серед осіб, інфікованих ВІЛ і ВГС, очевидно, вища, оскільки концентрація вірусу у біологічних рідинах і секреті їх статевих органів більша, ніж у людей без коінфекції.

Згідно з дослідженнями ризик передачі гепатиту С від матері дитині складає близько 10%, при цьому гепатит С не передається при грудному вигодовуванні. Близько 50% дітей, інфікованих ВГС від матері, здатні позбавитися від цієї інфекції самостійно.

Приблизно у 25% дорослих людей, інфікованих ВГС, організм здатний самостійно подолати цю інфекцію.

Симптоми і перебіг захворювання.

Прояви інфекції вірусу гепатиту С різні. У менше 5% інфікованих вірусом у момент зараження спостерігаються такі гострі симптоми, як: жовтяниця, діарея і нудота, а достатньо значна кількість людей взагалі не відчуває жодних симптомів. Крім того, типовими симптомами захворювання є сильна стомлюваність і депресія.

Моделі прогресу хвороби дуже індивідуальні. У деяких осіб симптоми взагалі ніколи не проявляються; у інших симптоми (такі, як втома і нудота) з'являються тільки через 10-15 років після інфікування, і лише у небагатьох може розвинутиися серйозна патологія печінки. Прискоренню прогресу гепатиту С також сприяє цілий ряд чинників, наприклад, стать (у чоловіків гепатит проявляється гостріше), споживання алкоголю, вік і наявність ВІЛ-інфекції. Вважається, що прогрес інфекції ВГС в цироз печінки у людей, інфікованих тільки ВГС, триває від 30 до 40 років. ВІЛ-інфекція вважається специфічним чинником, який прискорює розвиток гепатиту С і ураження печінки; також у таких пацієнтів може швидше розвинутиися СНІД.

Діагностика.

Аналіз крові на наявність антитіл до гепатиту С може показати, чи піддавалися ви зараженню цим вірусом. Проведення ПЦР (полімеразна ланцюгова реакція) для визначення кількості вірусу в крові (вірусне навантаження) може використовуватися для підтвердження наявності інфекції. Функціональні проби печінки можуть показати, чи впливав гепатит С на печінку, хоча точно перекопатися в цьому можна тільки за допомогою біопсії печінки (коли для аналізу береться невеликий зразок тканин цього органу).

ВІЛ-інфекція може ускладнити діагностику гепатиту, оскільки тестування на антитіла у ВІЛ-позитивних осіб може і не виявити цю інфекцію.

Тест на вірусне навантаження ВГС: цей тест схожий на тест при ВІЛ (кількість ВГС на одиницю крові). На відміну від тесту на вірусне навантаження ВІЛ, який допомагає визначити, наскільки швидко у людини може розвинутиися СНІД, тест на вірусне навантаження ВГС не може визначити, чи розвинеється цироз печінки і коли саме. Чим нижче вірусне навантаження ВГС, тим більше шансів у людини на успішне лікування гепатиту С.

Дуже важливим є тест на генотип. Існує 11 різних «генотипів» гепатиту

С: хоча вони виглядають і діють подібно, їх генетичні структури дещо відрізняються. Генотипи 1a і 1b — найскладніші для лікування, тоді як генотипи 2 і 3 переважно добре піддаватимуться лікуванню. Знання генотипу гепатиту С допоможе лікареві визначити, як краще почати лікування (вибір методу і тривалості лікування).

Лікування.

Нині основою для початку терапії гепатиту С є ряд клінічних чинників, включаючи насамперед наявність ураження печінки, генотип і доступність лікарських засобів (на жаль, цей чинник доводиться враховувати в країнах пострадянського простору, де препарати для лікування гепатиту С продовжують залишатися недоступними для більшості населення).

Стандартом лікування гепатиту С у всьому світі визнана комбінація пегілірованого інтерферону альфа-2а(2в) і рибавирину протягом від 24 до 48 тижнів (залежно від генотипу, наявності коінфекції ВІЛ і т.д.). Можливі побічні ефекти (сильна лихоманка, біль у суглобах, депресія і зниження кількості лейкоцитів і тромбоцитів) можуть виявитися важкими, але в ході лікування їх прояви зменшуються. Рибавирин не рекомендується застосовувати одночасно з АЗТ (через підвищений ризик анемії) і під час вагітності.

У людей, інфікованих ВГС, але не інфікованих ВІЛ, більше, ніж в 50% випадків можна чекати стійкого результату після 12 місяців лікування. Відносно людей з коінфекцією ВІЛ існує ряд стратегічних підходів і принципів лікування:

- Оптимальною стратегією є проведення лікування гепатиту С до початку АРВ-терапії, проте наявність гепатиту С не є протипоказанням до початку такої терапії;
- У випадках клінічних стадій ВІЛ-інфекції (при зниженні кількості CD4-клітин нижче 200 кл/мкл) рекомендовано лікування ВІЛ-інфекції;
- Лікування гепатиту С необхідно проводити 1 рік (при будь-якому підтипі);
- Дозування рибавирину може бути збільшено до 1000-1200 мг (1 і 4 генотипи, високе вірусне навантаження ВГС).

Результати лікування у людей з коінфекцією ВІЛ набагато менш ефективні. У осіб з ВГС генотипу 1 лікування ефективне приблизно в 29% випадків. У людей з ВГС генотипом 2 і 3 лікування має позитивний результат приблизно в 73% випадків.

Гепатит В

Гепатит В — це вірусне інфекційне захворювання, що вражає клітини печінки і здатне призвести до безповоротних змін і переродження печінкової тканини (фіброзу і цирозу). Вірус гепатиту В переважно передається через контакт з біологічними рідинами організму (кров'ю, спермою, вагінальними виділеннями, слиною), а також від матері дитині під час вагітності і пологів. Гепатит В широко поширений серед споживачів ін'єкційних наркотиків і чоловіків, що мають секс з чоловіками. Вірус гепатиту В за своїми властивостями набагато легше передається, ніж ВІЛ.

Проти гепатиту В існує ефективна вакцина, і вакцинація рекомендується усім категоріям населення, вразливим до інфекції ВГВ. Вакцина абсолютно

безпечна для людей, що живуть з ВІЛ, хоча в порівнянні з людьми, не інфікованими ВІЛ, у них існує ризик, що захисний імунітет проти гепатиту В після вакцинації не виробиться (особливо серед пацієнтів з низькою кількістю CD4-клітин), а ті, хто успішно пройшов імунізацію, з часом можуть втратити отриманий імунітет.

Дослідження інфекції вірусу гепатиту В засвідчили, що інфекція ВГВ не сприяє прогресу або розвитку ускладнень ВІЛ-інфекції.

Симптоми.

Часто первинна інфекція (гострий період) гепатиту В проходить без жодних симптомів, проте в певних випадках може спостерігатися нудота, втрата апетиту, стомлюваність, болі у правому боці, жовтяниця (пожовтіння очей і шкірних покривів), блювота, болі в м'язах і суглобах, лихоманка. Ці симптоми можуть бути дуже серйозними і навіть призвести до фатального результату.

На цьому етапі у багатьох хворих розвивається захисний імунітет проти вірусу. Проте у дуже небагатьох вірус гепатиту В продовжує репродукуватися після інфікування. Близько 5% дорослих можуть стати хронічними носіями гепатиту В. Це означає, що вони інфіковані на все життя, хоча симптоми захворювання у них можуть і не виникнути. Приблизно у чверті хронічних носіїв гепатиту В у певний час розвивається хронічне запалення печінки і існує підвищений ризик розвитку цирозу або раку печінки. Люди з коінфекцією ВІЛ входять до особливої групи ризику розвитку хронічної форми гепатиту В (приблизно третина від загальної кількості коінфікованих).

212

Ураження печінки, яке спостерігається у деяких людей, інфікованих ВГВ, викликане не самим вірусом, а тим фактором, що імунна система знищує клітини печінки, уражені гепатитом В. Оскільки імунна реакція людей, що живуть з ВІЛ, часто пригнічена, то вірогідність ураження печінки у ВІЛ-позитивних може бути навіть нижчою, ніж у людей з нормально функціонуючою імунною системою. І навпаки — рівні гепатиту В у біологічних рідинах ВІЛ-позитивних людей можуть бути вищі, ніж у неінфікованих осіб, оскільки їх імунна система виводить меншу кількість гепатиту В з організму, що підвищує ризик інфікування.

Діагностика і лікування.

Аналізи крові можуть визначити наявність антитіл до гепатиту В, що свідчить про те, що людина була інфікована, але організм «позбувся» вірусу. Якщо ж людина заразилася вірусом гепатиту В, але захисний імунітет не виробився, то протягом щонайменше півроку в крові знаходитимуться частинки самого вірусу — поверхневий антиген гепатиту В (HBsAg). Це означає, що така людина — хронічний носій вірусу і може передати вірус іншим людям. Є також група носіїв ВГВ, у яких при тестуванні виявляється позитивний е-антиген, тобто інфекція гепатиту В, яку вони мають, надзвичайно заразна.

Антиретровірусні препарати (АРВ), такі, як: ламивудин (ЗТС), тенофовир і адефовир, достатньо дієві проти гепатиту В, а застосування ЗТС значно понижило рівень визначеного гепатиту В у людей з поєднаною інфекцією ВІЛ і гепатиту В. За деякими даними, FTC також має антигепатитний ефект.

Ламивудин (Епівир®). Люди, інфіковані ВГВ і ВІЛ, повинні приймати дозування, типові для лікування ВІЛ-інфекції: одну пігулку (300 мг чи дві по 150

мг пігулки) раз на день як складову комбінованої терапії. Навіть якщо ВІЛ стає резистентним до ламивудину, очевидно, необхідно продовжувати прийом препарату для лікування гепатиту В. Якщо припинити прийом ламивудину занадто швидко, це може викликати різке зростання вірусу гепатиту в крові і призвести до симптомів так званого «спалаху».

Адефовир гулівоксил (Гепсера™) виявився ефективним засобом для людей з хронічним гепатитом В, що почали терапію уперше, і для людей, які спробували у минулому ламивудин і не отримали результату.

Пацієнти, що мають ВІЛ і ВГВ, можуть приймати адефовир від гепатиту В, особливо, якщо в їх лікувальний режим для ВІЛ не включений тенофовир. Якщо їх схема включає тенофовир (у дозуванні 300 мг вдень), в курс терапії не потрібно додавати адефовир.

Гепатит А

Гепатит А — це хвороба печінки вірусного походження, яка може протікати як в легкій, так і у важкій формі.

- Вона передається фекально-оральним шляхом при споживанні харчових продуктів або напоїв, забруднених фекаліями інфікованої людини.
- Хвороба тісно пов'язана з поганою санітарією і відсутністю навичок особистої гігієни (миття рук).
- За оцінками, щорічно відбувається 1,4 мільйона випадків захворювання гепатитом А.
- Епідемії можуть носити вибуховий характер і призводити до значних економічних збитків.
- Поліпшена санітарія і вакцинація проти гепатиту А є найефективнішими способами боротьби з цією хворобою.

Гепатит А є інфекційним захворюванням печінки, що спричиняється вірусом гепатиту А (ВГА). Вірус поширюється у випадку, коли неінфікована(чи не вакцинована) людина з'їдає або випиває що-небудь, забруднене фекаліями людини, інфікованої ВГА. Це фекально-оральна передача інфекції. Хвороба тісно пов'язана з поганою санітарією і відсутністю навичок особистої гігієни. На відміну від гепатиту В і С інфікування гепатитом А не призводить до розвитку хронічної хвороби печінки і рідко призводить до смертельного результату, але вона може викликати симптоми, що ослаблюють здоров'я.

Хвороба може мати значні економічні і соціальні наслідки в громадах. На відновлення здоров'я людей, щоб повернутись на роботу, в школу і до звичайного повсякденного життя, можуть піти тижні і місяці. Масштабними можуть бути дії щодо подолання вірусу на підприємствах харчової промисловості і місцевого виробництва.

Хто піддається найбільшому ризику?

Будь-яка людина, неінфікована або невакцинована раніше, може заразитися гепатитом А. Люди, що живуть в місцях з поганою санітарією, підпадають під більш високий ризик. У районах з інтенсивним поширенням вірусу більшість випадків інфікування ВГА зафіксовано серед дітей раннього віку.

Інші чинники ризику інфікування вірусом включають вживання ін'єкційних наркотиків, спільне проживання з інфікованою людиною або сексуальні стосунки з людиною, що має гостру інфекцію ВГА.

Симптоми.

Симптоми гепатиту А можуть бути як легкими, так і складними. Вони можуть включати підвищену температуру, погіршення здоров'я, потемніння сечі і жовтяницю (пожовтіння шкіри і очних білків). Не в усіх інфікованих людей проявляються усі ці симптоми. Ознаки і симптоми хвороби у дорослих людей спостерігаються частіше, ніж у дітей, а вірогідність розвитку важкої форми і смерті найбільша серед людей похилого віку. У інфікованих дітей у віці до шести років, як правило, не спостерігається яких-небудь помітних симптомів, і лише у 10% розвивається жовтяниця. У більш старших дітей і дорослих інфекція, зазвичай, призводить до появи важчих симптомів, а жовтяниця розвивається більш, ніж в 70%, випадків захворювання. Більшість людей одужують за декілька тижнів, а іноді місяців без ускладнень.

Передача інфекції.

ВГА, як правило, передається, коли неінфікована людина споживає харчові продукти або напої, забруднені фекаліями інфікованої вірусом людини. ВГА може передаватися через кров, але це відбувається набагато рідше. Спалахи хвороби, що передається через воду, відбуваються нечасто і пов'язані із забрудненням води стічними водами або з неналежною обробкою води.

Лікування.

Спеціального лікування гепатиту А немає. Одужання від симптомів, викликаних інфекцією, може відбуватися повільно і займати декілька тижнів або місяців. Терапія спрямована на підтримку комфорту і належного поєднання поживних речовин, включаючи компенсацію рідини, яка втрачається в результаті блювання і діареї.

Профілактика.

Поліпшена санітарія й імунізація проти гепатиту А є найефективнішими способами боротьби з цією хворобою. Достатні запаси безпечної питної води і належна утилізація стічних вод на рівні громад у поєднанні з дотриманням особистої гігієни (насамперед регулярне миття рук) сприяють обмеженню поширення ВГА. На міжнародному ринку доступні декілька вакцин проти гепатиту А. Усі вони схожі за надійністю, захисною дією людей від вірусу і їх побічних ефектів. Майже у 100% людей розвиваються захисні рівні антитіл до вірусу впродовж одного місяця після введення однієї дози вакцини. Навіть у разі дії вірусу одна доза вакцини має захисний ефект впродовж двох тижнів після контакту з вірусом. Проте виробники рекомендують дві дози вакцини для забезпечення тривалішого захисту протягом приблизно 5-8 років після вакцинації. У мільйонів імунізованих людей не спостерігалось жодних серйозних несприятливих реакцій. Цю вакцину можна вводити як складовий етап у програмі регулярної імунізації дітей і надавати разом з вакцинами, які, як правило, пропонуються перед поїздками.

Паралельно вакцинації необхідно проводити санітарні просвітницькі заходи для поліпшення санітарії і формування стійких гігієнічних навичок.

РОЗДІЛ 8

Зловживання психоактивними речовинами (ПАР)

- 8.1. Наркотики і наркотична залежність: основні поняття.
- 8.2. Вияви інтоксикації в результаті вживання різних ПАР:
- 8.3. Негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я людини.
- 8.4. Консультування дітей і підлітків із залежністю від ПАР.
 - Основні аспекти консультування.
 - Особливості консультування дітей і підлітків із залежністю (правила безпеки консультанта).
 - Зменшення шкоди від вживання наркотиків.

ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ (ПАР).

Вживання ПАР дуже поширене серед дітей і підлітків, які опинились у СЖО. За даними Українського Центру СНІДу 2004 р., у половини ВІЛ-позитивних дітей віком 13-14 років у анамнезі зафіксоване вживання наркотиків протягом одного-двох років. Основний наркотик — опіати домашнього виготовлення («ширка»). Приблизно 5% зареєстрованих дітей повідомили про те, що вони мали статус бездомних, а 75% із усіх ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків підліткового віку походили з кризових сімей.

Про актуальність даної проблеми свідчить масштабне дослідження, яке у 2006 р. провели серед дітей вулиць Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ) і голландська неурядова організація «СНІД Фонд Схід-Захід» (*AFEW*). Дослідженням було охоплено два міста — Київ та Одесу, де найбільша популяція дітей, які з будь-яких причин живуть без даху над головою. За даними дослідження, 76% опитаних дітей у Києві і 94% в Одесі позитивно відповіли на питання про те, чи перебували вони колись у стані інтоксикації або «ловили кайф», вживаючи стимулятори.

216

Із усіх опитаних дітей 30% у Києві і 14% у Одесі повідомили про вживання психотропних засобів і наркотиків щоденно за останні шість місяців; 31% у Києві і 62% в Одесі робили це кілька разів на тиждень; 13% у Києві і 21% в Одесі вживали наркотичні препарати один раз на тиждень.

Діти і молоді люди вживають різноманітні ПАР і наркотики. Між киянами та одеситами наявна відмінність у типах і формах вживання. У Києві діти і молоді люди найчастіше повідомляли про вживання алкоголю (49%), клею (39%) і «травички» (марихуани) (22%). При цьому вживали наркотики ін'єкційним шляхом лише 8% опитаних. Респонденти в Одесі частіше повідомляли про використання клею (49%), алкоголю (39%), ін'єкційних наркотиків (17%) і таблеток (10%).

Детальні інтерв'ю засвідчили, що головними наркотичними речовинами, які діти і молоді люди вводять внутрішньовенно, є наркотики кустарного виготовлення з фармацевтичних, лікарських засобів, які легко можна придбати в аптеках, наприклад, «Колдакт», «Колдрекс» або «Ефект». Респонденти також розповіли про купівлю таких таблеток, як: «Кетанов», «Трамадол» і «Теофедрин» — і підкреслили, що в місцевих аптеках їм ніколи не відмовляли в їхньому продажі.

8.1. Наркотики і наркотична залежність: основні поняття

Психоактивні речовини (ПАР) — препарати рослинного або синтетичного походження, наділені такими властивостями:

- здатність змінювати психічний стан людини (передусім викликати ейфорію);
- здатність викликати залежність.

До ПАР належать кава, тютюн, алкоголь, марихуана, героїн та ін.

Наркотик — це ПАР, включена до додатку (списки I і II) **Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 р.** Приналежність тієї чи іншої речовини до наркотиків у різних країнах встановлюється на основі законодавчо закріплених списків, аналогічних зазначеній конвенції.

Усі ПАР залежно від психічного ефекту, який вони викликають, можна поділити на 4 великі групи:

- Стимулятори.
- Депресанти.
- Галюциногени.
- Інші.

До наркотичних речовин, які стимулюють нервову систему (**стимуляторів**), належать кокаїн, амфетамін (Benzedrine), декстроамфетамін (Dexedrine, Biphetamine), метамфетамін (Methedrine, Desoxyn), метилфенідат (Ritalin), фенметразин (Preludin).

Депресанти, тобто засоби, що пригнічують центральну нервову систему, включають: алкоголь, опіати (морфін, кодеїн, оксикодон, героїн, метадон), снодійні (пентобарбітал, секобарбітал та ін.), транквілізатори (діазепам, флуразепам, оксазепам).

До **галюциногенів**, тобто речовин, які продукують галюцинації у споживача, належать: серотонінергічні (які впливають на рівень нейромедіатора серотоніну), такі як: диетиламід лізергінової кислоти — LSD (синтетичний, ріжки), ібогаїн (рослина ібога), псилоцибін (гриби родини *Psilocybe*, *Conocyb*), мескалін (кактус пейот), диметилтриптамін (дерево *Viola calophylla*), хармалін (виноград *Banisteriosis caapi*), ергін, ізоергін (насіння берізки *Rivea corymboza*); метилові амфетаміни (MDMA (екстазі), MDA, MDE, DOM); антихолінергічні (атропін, скополамін); дисоціативні анестетики (фенциклідін (PCP), кетамін).

До **інших** наркотичних засобів можна віднести марихуану (конопля), психоактивні засоби кустарного виготовлення з лікарських препаратів іншого призначення (аптечні).

Існує багато дефініцій наркотичної та алкогольної залежності. 1994 р. Всесвітня організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) розробила словник, який «має на меті надати набір понять, що стосуються алкоголю, тютюну та інших наркотиків, і буде корисний медичним фахівцям, адміністративним працівникам, дослідникам та іншим зацікавленим сторонам у даній сфері». У цьому словнику дається таке визначення **залежності (наркотичної або алкогольної)²**:

Повторний прийом психоактивної речовини або речовин до такого рівня, за якого споживач (якого називають залежним) періодично або хронічно перебуває в стані інтоксикації, виявляє нав'язливе бажання вжити речовину

² Діти та молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні. (Children and Young People Living or Working on the Streets: The Missing Face of the HIV Epidemic in Ukraine). UNICEF / AFEW. Kyiv, 2006

(або речовини), якій (яким) надає перевагу, зазнає труднощів у припиненні або зміні вживання речовини і демонструє рішучість здобути психоактивні речовини майже будь-якими способами.

Критерії діагностики наркотичної залежності (Керівництво із діагностики і статистики психічних розладів – DSM-4)

1. Толерантність:

- а) потреба в помітному збільшенні кількості;
- б) помітне послаблення дії однакової кількості речовини при тривалому вживанні.

2. Абстиненція:

- а) характерний абстинентний синдром;
- б) вживання даної (подібної) речовини для полегшення або уникнення абстинентного синдрому.

3. Хімічна речовина вживається часто і у великих дозах.

4. Стійке бажання або спроби припинити.

5. Витрачання часу на здобування.

6. Припинення або зменшення суспільної або професійної діяльності.

7. Вживання попри постійні або регулярні проблеми.

Синдроми наркотичної залежності.

Сформована наркотична залежність характеризується кількома синдромами. Найголовніший — зміна толерантності. Цей феномен полягає в тому, що відбувається поступове звикання організму до певної дози наркотику і для досягнення відповідного ефекту потрібно збільшувати дозу. У результаті взаємодії наркотичної речовини і організму людини формується психічна і фізична залежність, яка в разі відсутності наркотику клінічно виявляється як **синдром відміни** («ломка»). Це — набір клінічних проявів, як фізичних, так і психічних, який спостерігається у споживачів наркотику, якщо їх позбавлено звичної дози наркотичної речовини. З цим синдромом пов'язаний феномен **полегшення відміни**. Залежна людина звільняється від симптомів відміни або уникає дискомфортного стану, вживши дозу наркотику. Тією чи іншою мірою людина, залежна від наркотику, усвідомлює потребу або бажання вжити наркотик, що називається **суб'єктивним усвідомленням потреби в наркотику**. Коли залежність сформувалася, людина вживає наркотик в одній манері — стабільна доза, визначений графік вживання. У такому випадку говорять про **звуження репертуару**. Потреба в наркотику поступово переважає над іншими потребами, тобто всі життєві зацікавлення зосереджуються навколо цього наркотику (**фокус зацікавлення**). Людина, яка не вживала наркотик протягом кількох тижнів або місяців, але починає робити це знову, швидко повертається на колишній рівень залежності — **відновлення колишнього рівня вживання**.

За ступенем тяжкості інтоксикації поділяють на легке, середнє й тяжке сп'яніння:

- Легкий ступінь сп'яніння — попри змінений психічний стан можливі порушення координації, в цілому людина зберігає здатність критично оцінювати ситуацію і адекватно реагувати на події.
- Середній ступінь сп'яніння — поруч із грубими порушеннями координації людина не може критично оцінити ситуацію і часто вдається до дій, які можуть спричинити негативні наслідки (затримання міліцією, проблеми на роботі і т.ін.).
- Тяжкий ступінь сп'яніння — характеризується порушеннями свідомості, що може перерости в кому. Стан вимагає медичної допомоги.

8.2. Прояви інтоксикації в результаті вживання різних ПАР

Алкогольне сп'яніння.

Звичайне алкогольне сп'яніння.

Легкий ступінь алкогольного сп'яніння (концентрація алкоголю в крові складає від 20 до 100 ммоль/л (20-100 мг алкоголю на 100 мл крові)) характеризується, як правило, підвищенням настрою, балакучістю, прискоренням асоціацій, збільшенням амплітуди емоційних реакцій, зниженням самокритики, нестійкістю уваги, нетерплячістю та іншими ознаками переважання психічного збудження над гальмуванням. При цьому можна спостерігати деякі неврологічні розлади (порушення координації тонких рухів, мимовільні коливальні рухи очей і почервоніння обличчя, пришвидшення пульсу і дихання, підвищене слиновиділення).

За сп'яніння середнього ступеня (концентрація алкоголю в крові від 100 до 250 ммоль/л) психічні реакції втрачають гостроту, мислення стає сповільненим, непродуктивним, судження — тривіальними і плоскими, мовлення — нечітким. Різко ускладнюється розуміння і правильне оцінювання того, що відбувається навколо. Емоційні реакції грубішають, набувають брутального характеру, настрої схиляється до понурості, гнівливості або тупої байдужості. Неврологічні порушення під час сп'яніння середнього ступеня виявляються у значному погіршенні координації рухів, нерозбірливому мовленні, послабленні больової і температурної чутливості. Замість почервоніння обличчя з'являється блідість, нерідко виникає нудота і блювота.

Алкогольне сп'яніння важкого ступеня (концентрація алкоголю в крові від 250 до 400 ммоль/л) виражається пригніченням свідомості — від пригломшеності до коми. Інколи виникають епілептоформні судомні напади (на зразок епілепсії). За більш високих концентрацій алкоголю в крові (до 700 ммоль/л) може наступити смерть від паралічу дихання.

Після алкогольного сп'яніння середнього і особливо важкого ступеня наступного дня протягом кількох годин залишаються постінтоксикаційні явища — головний біль, спрага, поганий апетит, слабкість, нудота, блювота, запаморочення, тремор (тремтіння). Особливе практичне значення має зниження працездатності, ступінь вираженості якого залежить як від «алкогольних»

факторів, так й від індивідуальних особливостей того, хто п'є. Багато в чому воно визначається і характером праці. Наприклад, навіть у досвідчених льотчиків після легкого сп'яніння протягом 14 год. відзначають зниження професійних навичок.

З віком, а також у процесі систематичного зловживання алкоголем період, необхідний для повного відновлення нормального стану, збільшується, а порушення стають важчими й різноманітнішими. У випадку продовження систематичного зловживання алкоголем формується «симптом декомпенсації самопочуття». У таких випадках самопочуття залишається поганим протягом 1-2 днів після випивки. Наступним етапом може стати переростання постінтоксикаційного синдрому в алкогольний абстинентний синдром.

Змінені форми звичайного алкогольного сп'яніння.

Симптоматика гострої алкогольної інтоксикації багато в чому залежить від «неврологічної основи», на яку впливає алкоголь. Наявність такого «ґрунту» (наслідки раніше перенесених захворювань центральної нервової системи, травм, а також неврологічна чи психологічна патологія, що формується) призводить до виникнення змінених форм алкогольного сп'яніння. Серед них можна виділити такі:

1. Дисфорійний варіант сп'яніння — це стан, коли замість характерної для простого сп'яніння ейфорії з самого початку виникає похмурий настрій з дратівливістю, сердитістю, конфліктністю, схильністю до агресії. Тобто легкий ступінь сп'яніння своїм емоційним фоном нагадує середній ступінь, тобто ніби включає початок більш тяжкого стану. Такі особливості алкогольного сп'яніння нерідко спостерігаються у осіб з хронічним алкоголізмом, а також за різних видів органічної недостатності головного мозку.

2. Параноїдний варіант сп'яніння характеризується появою підозрілості, вразливості, нав'язливості, схильності тлумачити слова і вчинки людей як прагнення принизити, обдурити, поглузувати, перемогти в суперництві; можливі ревнівні переживання і пов'язана з ними агресія. Подібні риси поведінки у сп'янінні трапляються у деяких психопатичних особистостей — епілептоїдних, параноїдальних, примітивних (особливо, якщо вони хворі на хронічний алкоголізм).

Алкогольне сп'яніння з гебефренними рисами виявляється через пустування, стереотипії, кривляння, хаотичне бешкетування, одноманітне звуконаслідування, безглузде шаленство. Такі прояви можна спостерігати за наявності латентного шизофренічного процесу, а також у підлітків і молодих людей.

Алкогольне сп'яніння з істеричними рисами — за наявності відповідних особистісних передумов (егоцентризм, бажання бути в центрі уваги, схильність «експлуатувати» співчуття оточення, прагнення справити яскраве враження, переважання амбіцій над здібностями) викликає істеричні механізми, які найчастіше виявляються через демонстративні суїцидальні спроби, театралізований «тужливий» афект, бурхливі сцени «відчаю», «божевілля» та ін.

Патологічне сп'яніння.

Термін «патологічне сп'яніння» не зовсім точно відбиває суть даного

явища: воно є не так результатом алкогольної інтоксикації, як вираженням своєрідної патологічної реакції на алкоголь, яка може виникнути за певного поєднання ряду факторів (перевтома, вимушене безсоння, неврологічна патологія та ін.). Ситуація патологічного сп'яніння і зовні мало нагадує алкогольне сп'яніння, оскільки відсутні порушення статики й координації рухів, а також пантомімічні особливості, характерні для зовнішнього вигляду сп'янілої людини.

По суті патологічне сп'яніння — це мінливий психоз, тобто порушення сприйняття реальності, яке має тимчасовий характер. Виділяються дві його форми — епілептоїдна та параноїдна, що відрізняються переважанням тих чи інших розладів.

За епілептоїдної форми хвороблива симптоматика виражається у формі тотальної дезорієнтації, відсутності будь-якого контакту з навколишньою дійсністю, різкого моторного збудження з афективним виявом страху, гніву, злості, з мовчазною, безглуздою і жорстокою агресією, яка часом має характер автоматичних і стереотипних дій.

За параноїдної форми поведінка людини відображає маревні та галюцинаторні переживання, пов'язані зі страхом. Про це саме свідчать окремі слова, вигуки, команди, погрози, хоча в цілому мовне вираження сп'янілої особи незначне й малозрозуміле. Рухова активність має відносно впорядкований характер, набуває форми складних і цілеспрямованих дій (втеча з використанням транспорту, захист, напад, здійснювані з великою силою).

Патологічне сп'яніння виникає зненацька й так само зненацька уривається, часто завершуючись глибоким сном. Триває воно від кількох хвилин до кількох годин, залишаючи після себе астенію, головний біль, тотальну або парціальну амнезію (тобто людина частково пам'ятає, що з нею відбувалося, або взагалі не пам'ятає). Повна амнезія більш характерна для епілептоїдної форми, парціальна — з фрагментарними, інколи дуже яскравими спогадами — для параноїдної форми.

Сп'яніння, викликане опіоїдами.

До наркотиків опійної (морфінної) групи належать наступні препарати: натуральні (опій-сирець, підсохлий молочний сік снодійного маку (в перерахунку на абсолютно суху речовину містить 10-11% морфіну та 1% кодеїну)); омнопон (пантопон) — суміш гідрохлоридів алкалоїдів опію, з яких 50% складає морфін; чисті алкалоїди опію (морфін, кодеїн, інші алкалоїди фенантренової групи); макова соломка (стиглі, висушені, звільнені від насіння, розламані коробочки із залишками плодоніжок; використовуються в сухому вигляді, у вигляді відварів або після спеціальної хімічної обробки); синтетичні — промедол (тримеперидин), метадон, лідол; напівсинтетичні — героїн (діацетилморфін), їх отримують шляхом хімічної зміни молекули морфіну.

Ейфорія під час вживання опіоїдів має дві фази дії. Перша фаза розвивається одразу після введення препарату. Споживачі відчувають щось на зразок теплової хвилі, яка піднімається вгору від живота до голови. У голові відчувається легкий приємний безболісний поштовх або удар. Звідси жаргонна назва цієї фази дії — «удар» або «прихід». У більшості споживачів «прихід» супрово-

джується приємним свербежем кінчика носа, підборіддя, лоба. Наркотизовані перебувають у стані особливого блаженства, радості, легко думається, все погане миттєво зникає, відступає на другий план. Під час вдихання порошку героїну «прихід» відсутній. Під час вживання кодеїну «прихід» нечітко виражений, супроводжується набряккістю і сильним свербінням обличчя, шкіри за вухами, шиї, верхньої частини тулуба та спини. Проте цей свербіж дуже приємний і триває під час другої фази дії наркотику. Перша фаза ейфорії триває від 40 с до 1-3 хв.

Друга фаза ейфорії (жаргонна назва — «волокуша», «таска», «кайф») — це власне стан ейфорії. Основні переживання в цей період — радість, захват, легкість та інші відчуття, які споживачам важко передати словами. Думки про неприємне зникають, втрачаючи свою актуальність, все погане відсувається, наявні проблеми перестають існувати. Хід думок прискорюється. Виникає приємна млість, спокій, розслабленість, швидка зміна приємних уявлень і маревоподібних переживань, які бувають надзвичайно образними. Стан свідомості подібний до сну. Зовні наркотизовані здаються млявими, загальмованими, малорухливими. Далі настає сон, який триває 2-3 год. Сон неглибокий, легко переривається зовнішніми подразниками. Після пробудження — понижений настрій із дисфорією і загальним психічним дискомфортом. У разі використання саморобних препаратів, виготовлених шляхом хімічної обробки опію-сирцю, у другій фазі ейфорії маревоподібні переживання, як правило, не спостерігаються. Відзначають в основному стимулюючий ефект. Споживачі стають збудженими, жвавими, голосно сміються, жестикулюють, не сидять на одному місці. Вживання кодеїну також дає стимулюючий ефект.

Об'єктивно для описаних фаз, тобто гострої опійної інтоксикації, характерна наступна симптоматика: добродушний настрій, прискорене мовлення і зміна асоціацій, зниження критики щодо своєї поведінки й висловлювань. Після вживання виготовлених у домашніх умовах препаратів може спостерігатися психомоторне збудження, що нагадує алкогольне: вузькі зіниці, блідість, сухість шкірних покривів, підвищення, а потім пониження артеріального тиску, сповільнення серцевого ритму, посилення сухожильних рефлексів, пригнічення дихання, знижена моторна активність кишечника з запорами.

У разі передозування опіоїдами спостерігається сноподібний стан, але може бути виражене збудження, що супроводжується сухістю в роті, відчуттям жару, різкою слабкістю, симптомами порушення діяльності серцево-судинної системи.

Сп'яніння, викликане снодійними препаратами.

З групи похідних барбітурової кислоти (барбітуратів) до наркотиків належать етамінал-натрій (нембутал) і амітал-натрій (барбаміл). Зі снодійних небарбітурового ряду, які належать до наркотиків, передусім варто назвати ноксирон.

Вплив снодійних препаратів складається з двох фаз: у першій, короткій, фазі, виявляється стимулюючий ефект, у другій, більш тривалій, — седативний. Толерантність розвивається передусім до седативного ефекту.

На відміну від опійної наркоманії, при барбітуроманії верхня межа дози,

яку людина може перенести, не дуже відрізняється від початкової дози, здатної викликати ейфорію, тобто діапазон між наркотичною і смертельною дозами незначний. У такому випадку, якщо приймати постійну дозу, стимулюючий ефект може переважати, що змушує споживача збільшувати дозу, щоб досягти бажаного седативного ефекту, інколи до величин, небезпечних для життя. Це призводить до передозування.

Після припинення вживання барбітуратів толерантність дуже швидко падає: за 2-3 тижні після припинення вживання максимальна доза, яку може перенести споживач, повертається до початкового рівня. Звідси частота передозувань і смерті після виписки пацієнтів зі стаціонару. На думку деяких авторів, передозування у барбітуроманів на певному етапі майже неминучі.

Передозування барбітуратами супроводжується запамороченням, нудотою, блювотою. Л. М. Котлова (1972) згадує такі реакції на передозування: профузний піт, гикавка, нудота, відчуття, ніби «ріже в очах», слинотеча. Після блювання може настати полегшення. У процесі наркотизації через 4-6 міс. після першого передозування прийом значних доз уже не супроводжується зазначеними явищами, а без будь-яких передвісників настає непритомність з подальшою амнезією.

Коли залежність від барбітуратів сформувалася, поза їхнім вживанням розвивається стан незадоволеності та слабкості, який супроводжується «похмурими думками», тривожними побоюваннями, страхами, дратівливістю, що посилюються ввечері. Характерне також безсоння. Вживання барбітуратів стає в таких випадках джерелом заспокоєння та задоволеності.

При внутрішньовенному введенні, також, як і у випадку опіоманії, споживачі барбітурових наркотиків виділяють першу фазу дії снодійних — «прихід». Вона виникає одразу ж і, за описами споживачів, триває кілька секунд. Споживачі кажуть, що у них «відключилася свідомість», «голова пішла обертом», «темно в очах», все, що навколо, не сприймається. За кілька секунд настає друга фаза дії снодійного, яка нагадує алкогольне сп'яніння. Вона характеризується моторною активністю, безпричинними веселощами, бажанням рухатися і водночас безладністю рухів, розсіяною увагою, пониженим рівнем суджень, дратівливістю. Веселість інколи одразу ж переходить у гнів. Споживачі або розгальмовані, або сонні. Спостерігається прогресуюче погіршення моторної координації, ейфорія або пригнічення. Можливі парадоксальне рухове збудження, брадикардія (сповільнення ритму серця), нечітке мовлення.

У соматичному стані спостерігається зменшення частоти сечовиділення, пониження артеріального тиску і температури тіла, підвищене слиновиділення, гіперемія склер і шкіри, підвищене потовиділення; шкіра з характерним сальним відблиском; язик обкладений брудно-сірим нальотом. Під час неврологічного огляду підзначають коливальні посмикування очей, двоїння в очах, порушення мовлення, порушення координації рухів, нестійкість під час ходіння і стояння, послаблення сухожильних і черевних рефлексів, розширення зіниць, млявість їхньої реакції на світло. Цей стан триває 2-3 години. Поступово психічна й рухова активність знижується, і споживач засинає. Сон важкий, глибокий, розбудити наркотизованого складно. Виражена гіпотонія м'язів. Якщо сон настає вдень, він короткий. Найближчої ночі із засинанням можуть виникнути труднощі. Після пробудження виникають млявість, слабкість, не-

можливість зосередитися. Інколи буває слабкість у м'язах, тремор, часто головний біль. Можливі нудота й блювота. Апетит відсутній, нерідко виникає спрага. У деяких випадках склянка гарячої води повертає відчуття сп'яніння: запаморочення, піднесення настрою, зростання активності.

Для сп'яніння від барбітуратів характерна груба неврологічна симптоматика, що відрізняє це сп'яніння від алкогольного. Варто звернути увагу на порушення мовлення, порушення ходи, мимовільні коливальні рухи очей, різке розширення зіниць, які мляво реагують на світло, підвищене слиновиділення, пітливість, схильність до гніву й агресії.

Від наркотизації опіатами сп'яніння від снодійного відрізняється порушенням свідомості, перерахованою вище неврологічною симптоматикою, розміром зіниць, забарвленням шкірних покривів, підвищеним слиновиділенням, пітливістю, нездатністю до дисимуляції (приховування своїх розладів), відсутністю легкості емоцій.

На відміну від гашишного сп'яніння, спостерігається виражена неврологічна симптоматика, більш грубі афективні реакції, пов'язані з гнівом та агресивністю.

Приблизно через 6 міс. у результаті регулярного вживання барбітуратів формується фізична залежність, що характеризується виникненням абстинентного синдрому. На той час толерантність встановлюється вже на одному рівні — 1 г, інколи 1,5-2 г. Змінюється характер сп'яніння. Під час інтоксикації зберігається рухливість, але рухи достатньо координовані. Зникають загальмованість і груба незграбність рухів. Сп'яніння, якщо немає передозування, не супроводжується порушенням свідомості. Немає тієї «розгальмованості» й балакучості, які спостерігаються під час початкового періоду. З'являється стійка фіксація афектів, можливі напади гніву, агресії. У період інтоксикації мовлення монотонне й одноманітне, малоактивне, зосереджене на якійсь одній думці. Афект злісний, застійний, нагадує афект хворого на епілепсію. Ще більше порушується сон. Заснути споживач може, лише прийнявши збільшену дозу снодійного. У разі передозування не виникає блювоти, не хочеться спати, одразу ж без етапу сну розвивається кома. Дуже характерна втрата контролю за ступенем сп'яніння, і як наслідок інтоксикації — глибокий розлад свідомості з подальшою амнезією. Частіше спостерігаються передозування, нерідко зі смертельними наслідками. Виражений компульсивний потяг до наркотику.

Сп'яніння, викликане транквілізаторами.

До транквілізаторів належить велика група речовин, які мають заспокійливу, протитривожну (анксіолітичну) дію. Найчастіше засобами зловживання виступають діазепам (седуксен, реланіум, сибазон), лоразепам (ативан), нітразепам (радедорм, еуноктин), феназепам, альпразолам (ксанакс), клоназепам, рідше хлордіазепоксид (еленіум) та ін. Їх застосовують внутрішньо, внутрішньовенно і внутрішньом'язово.

Клінічна картина інтоксикації, викликаної бензодіазепінами, нагадує симптоми під час барбітурового сп'яніння, але частково залежить і від вжитого препарату. Так, радедорм викликає сп'яніння, схоже на алкогольне, що

поєднується з вираженою загальмованістю, сонливістю, міорелаксцією; феназепам — розгальмованість, немотивовану рухову активність; діазепам — ейфорію. Однак варто зазначити, що особи, які зловживають похідними бензодіазепінів, найчастіше чергують або комбінують різні препарати цієї групи.

Доза, потрібна для досягнення ейфорії, як правило, у кілька разів перевищує терапевтичну. Якщо за один прийом вжити 4-5 таблеток (20-25 мг) діазепаму (седуксену, реланіуму) внутрішньо, можна відчути стан ейфорії. Остання характеризується піднесеним настроєм, непосидючістю, прагненням кудись іти, щось робити. При цьому може знижуватися чіткість сприйняття того, що навколо, ускладнюється переключення уваги, знижується швидкість реакцій. Деякі споживачі відзначають відчуття польоту, невагомості.

Зовні споживачі в описаному стані схожі на людей, що перебувають у стані вираженого алкогольного сп'яніння. У них порушена координація, хода стає невпевненою, з похитуванням. Вони збуджені, балакучі. Мовлення порушене, спостерігається багаторазове, монотонне повторення однієї думки. Відзначають блідість шкірних покривів, обличчя. Зіниці розширені, мляво реагують на світло. Язик обкладений щільним білуватим нальотом. Слизові оболонки сухі. М'язовий тонус (особливо нижніх кінцівок) різко знижений. Сп'яніння закінчується сном або поступово минає і змінюється станом кволості, фізичної слабкості, «руки не піднімаються, ноги наче ватні». Порушується апетит. Після припинення вживання діазепаму стан нормалізується за добу. Внутрішньовенне введення діазепаму в дозі, що перевищує терапевтичну, викликає ейфорію, схожу на ту, яка виникає внаслідок вживання барбітуратів. При цьому в результаті дії внутрішньовенно введенного діазепаму виникає чітко виражений снодійний ефект.

Через 3-4 тижні після початку систематичного вживання бензодіазепінів колишні дози вже не продукують ейфорії. Препарат починають вживати у більших кількостях. Зростає толерантність. Поступово змінюється форма сп'яніння. Непосидючість, балакучість залишаються, але порушення моторики, статички майже не виражені. Зі зменшенням сп'яніння значно частіше виникає постінтоксикаційний стан, що виражається у кволості, байдужості, слабкості, апатії, пригніченості. Одночасно з цим присутня дратівливість, злісні реакції, плаксивість. Дози, які значно перевищують терапевтичні, можуть викликати психомоторне збудження, яке інколи супроводжується ілюзіями і галюцинаціями, розладами свідомості типу запамороченні. Описані психози, викликані гострою інтоксикацією бензодіазепінами, зокрема фенозепамом, розвиваються переважно за типом делірію (марення).

У разі передозування похідними бензодіазепінінами розвивається сопорозний розлад свідомості, що переходить у кому. Небезпеку для життя становлять порушення зовнішнього дихання, функцій серцево-судинної системи й нирок. Відзначають арефлексію та розширення зіниць.

Сп'яніння, викликане амфетаміном.

Гостра інтоксикація амфетаміном викликає піднесений настрій, відчуття фізичної бадьорості та ясності мислення (прискорення асоціативних процесів), прагнення до діяльності, інколи балакучість і надмірну метушливість.

Описують дві фази гострої інтоксикації в разі внутрішньовенного введення амфетаміну. За аналогією з деякими іншими наркоманіями, це «прихід» і власне ейфорія, під час якої підвищений психічний тонус може поєднуватися зі схвильованістю, тривожністю, настороженістю, недовірливістю. Цей стан схожий на гіпоманіакальний або змішаний стан, який спостерігається під час шизоафективних психозів.

У результаті регулярного вживання амфетаміну стимулююча дія препарату зникає, і, щоб отримати приємні відчуття, споживачі змушені підвищувати дозу. Толерантність зростає після перших тижнів систематичного вживання амфетаміну. Поступово споживачі починають вводити стимулятор кілька разів протягом дня. Після введення великих доз, особливо внутрішньовенно, можуть виникати обмани сприйняття — зорові й слухові. Втім це не перешкоджає споживачам «нарощувати» дози. На вищому ступені інтоксикації може розвинутися гостре марення з ідеями ставлення і переслідування. Психотичні епізоди можуть супроводжуватися особливими станами екстазу, яким притаманна зміна перебігу часу і деперсоналізація (втрата відчуття власного «Я»). Споживачі відчують себе безтілесними, відірваними від землі істотами. Тривалість психозів — від кількох днів до 2-3 тижнів. Поновлення вживання стимуляторів може призвести до рецидивів психозу.

Гостра інтоксикація супроводжується соматичними і неврологічними порушеннями. Найбільш характерними є розширення зіниць і млява їх реакція на світло, посмикування м'язів, стереотипні рухи губ і язика. Спостерігається тахікардія, інколи екстрасистоля, підвищення артеріального тиску, блідість обличчя, сухість у роті. Постінтоксикаційний стан характеризується пригніченим настроєм, дисфорією, млявістю, слабкістю, головним болем, інколи тривогою і вираженим потягом до повторення наркотизації.

У результаті нечастого, епізодичного вживання амфетаміну в терапевтичних дозах залежність може не сформуватися. Проте в разі повторних прийомів, особливо якщо вводити препарат внутрішньовенно, психічна залежність виникає дуже швидко. Постінтоксикаційний стан, який настає після стимулюючого ефекту, сприяє прагненню вжити наркотик. Через тривале, постійне вживання амфетаміну розвивається фізична залежність.

Раптова перерва у вживання наркотику призводить до розвитку абстинентного синдрому, який характеризується втому, відчуттям слабкості, підвищеною сонливістю вдень і безсонням вночі, пониженням і нестійкістю артеріального тиску. В одних випадках виникає виражений стан психічної слабкості з елементами депресії, який інколи супроводжують ідеї самознищення й навіть суїцидальні спроби, в інших переважають дратівливість, злісність, істеричні реакції зі схильністю до аутоагресії. Тривалість синдрому відміни до 2-3 тижнів. Деякі автори розглядають абстинентний синдром у випадку зловживання амфетаміном як постінтоксикаційний стан, що затягнувся. Якщо усунути стимулятори, можуть спостерігатися психози, що виявляються як потьмарення свідомості за типом деліріозного з мовним і руховим збудженням. Було описано також хронічні амфетамінові психози, які тривали від 2-3 тижнів до кількох місяців.

Амфетамін різко блокує апетит і потребу в сні. Це спостерігається особливо у випадку його тривалого вживання. Хронічна інтоксикація призводить

до загального виснаження, різкого зниження маси тіла, вегетосудинних порушень, а також до патологічного розвитку особистості.

Останні кілька років стали широко використовувати препарат, відомий під назвою «розважального» наркотику — екстазі. Це 3,4-метилендіоксиметамфетамін (МДМА). Його було синтезовано 80 років тому, але лише нещодавно він набув поширення як нелегальний наркотик.

Американські автори зараховують екстазі до галюциногенів, тому що цей препарат може викликати галюцинації. Проте основна нього дія — психостимулюючий ефект. А галюцинації можуть виникати внаслідок вживання великих доз й інших психостимуляторів.

Як правило, екстазі вживають у таблетках молоді люди на дискотеках, інших танцювальних вечірках. Після вживання таблетки вони відчують незвичний стан піднесення, можуть танцювати всю ніч без відпочинку. Існує кілька типів цих таблеток, які відрізняються за силою стимулюючої дії (причому один із типів має седативних ефект).

За описом споживачів, екстазі діє в два етапи: спочатку виникає відчуття загального братерства, єднання, інтимної близькості, любові до людей, особливого блаженства, щастя, захвату. Триває цей період 20-30 хв. Потім настає власне стимулюючий ефект: прагнення діяльності, бажання танцювати, рухатися. Спостерігаються ілюзорні обмани, візуалізація уявлень, сексуальне збудження. «Мозок неначе стуманілий», думки течуть невпинно, їх не можливо зупинити. Після закінчення дії — слабкість, млявість, сонливість, пригнічений настрій, труднощі з концентрацією, болі у м'язах.

227

За регулярного вживання екстазі зростає толерантність до нього. Спочатку таблетки вживають 3-4 рази на тиждень, а після регулярного вживання — щодня. У цей період вживання препарату вже не викликає ейфорію. Після вживання наркотику з'являється страх, дратівливість, невірноваженість, неадекватні реакції, розпорошення уваги.

Зорові галюцинації та ілюзії, за даними S.J.Perontka і співавт. (1988), спостерігаються у 20% випадків. Було описано також панічні атаки, стан тривоги і депресії, параноїдальні психози.

Споживачі наркотиків вважають екстазі безпечним. Проте наявні свідчення про досить тяжкі й виражені токсичні ефекти від його вживання: пошкодження паренхіми печінки, зміни в міокарді, дегенерацію серотонінергічних нервових закінчень, гіпертермію з подальшим «тепловим ударом» і смертельними наслідками. Має місце випадок крововиливу в мозок за 36 год. після вживання екстазі. Може також несподівано настати смерть.

Сп'яніння, викликане препаратами ефедрину.

Під час вживання ефедрону внутрішньо ейфорія розвивається через 10-15 хв., супроводжуючись своєрідними психосенсорними розладами: відчуттям незвичної легкості тіла; з'являється враження, що волосся на голові «росте», «ворушиться»; стає дуже приємно зачісуватися. Покращується настрій, з'являється нестримна балакучість. Сп'яніння від ефедрону супроводжується сухістю в роті, інколи прискореним серцебиттям. Зникає апетит і сон, спосте-

рігається затримка сечовивипускання. Стан інтоксикації триває 6-8 год.

У разі внутрішньовенного введення як ефедрону, так і первітину розрізняють дві фази інтоксикації, що послідовно змінюють одна одну.

Під час введення ефедрону першу фазу споживачі описують як відчуття хвилі розслаблення, що піднімається вгору від рук і ніг. При цьому спостерігаються деперсоналізаційні розлади: з'являється відчуття втрати власної ваги, враження, що тіло стає незвично легким, невагомим. Далі поліпшується настрій, споживачі стають веселими, добродушними, їм легше дихати, всі проблеми, що хвилювали їх до наркотизації, відходять на другий план. Переважають позитивні емоції. З'являється впевненість у собі, у своїх силах. Перша фаза ефедренової інтоксикації триває, як правило, 5-10 хв., рідко 15-20 хв.

Після введення первітину деперсоналізаційні розлади в першій фазі інтоксикації значно більш виражені. Одразу ж після введення наркотику виникає відчуття кількох хвиль, які йдуть одна за одною. Споживачі характеризують ці хвилі як «такі, що піднімають», «спіралеподібні». Одночасно відчувається приємний «запах свіжості» (запах фіалок або яблук). Відчуття особливої легкості тіла стає максимально вираженим, з'являється враження втрати свого фізичного «Я», «розчинення зовні, в навколишньому просторі». Будь-яка різка зміна положення тіла (піднімання зі стільця, різкий поворот тулуба) призводить до появи нової «хвилі». Переважання позитивних емоцій у цей період досягає максимуму. Характеризуючи свій стан, споживачі описують його як «приголомшення», «захват», «надзвичайне щастя». Під час вживання первітину перша фаза інтоксикації триває значно довше, ніж під час вживання ефедрону, — до 2-2,5 год.

Під час першої фази інтоксикації, як ефедренової, так і первітинової, споживачі лежать або сидять у розслабленій позі, намагаючись створити навколо себе максимальну звуко- і світлоізоляцію: зашторюють вікна, зачиняють двері, вимикають телевізор і радіоприймач, роблять тьмянішим штучне освітлення. Увага зосереджена в основному на їхніх власних відчуттях. Дуже часто для створення фону споживачі вмикають тиху мелодійну музику. Під час другої фази виявляється власне стимулюючий ефект («кайф» — згідно з жаргоном споживачів наркотиків). Під час ефедренового сп'яніння спостерігається рухове і мовленнєве збудження. Суб'єктивно наркотизовані відчують приплив сил, енергії. У них з'являється бажання реалізувати свою енергію в дії, здається, що всі перешкоди можна подолати, прискорюється процес мислення, спостерігається швидка зміна асоціацій. Цей стан нагадує маніакальний. Звертає на себе увагу підвищена балакучість, яка супроводжується напливом думок, нестійкістю уваги. Наркотизовані часто говорять, не слухаючи один одного.

Після вживання первітину, окрім прискореного темпу мислення, виявляється схильність до абстрактних суджень, обдумування філософських питань, розмірковувань про добро і зло. Приносять задоволення правильно побудовані фрази, точні формулювання, чіткість і ясність висловлення думок. Нестійкість уваги, властива другій фазі інтоксикації, виявляється в частій зміні тем розмови, в тому, що наркотизовані не дослуховують відповіді на поставлене запитання тощо.

Під час другої фази наркотичної інтоксикації споживачі неспокійні, ме-

тушливі, не можуть всидіти на одному місці, постійно змінюють положення тіла, роблять багато зайвих рухів.

Прагнення до діяльності, приплив енергії та сил характерні для другої фази інтоксикації як під час ефедренового, так і під час первітинового сп'яніння. Але в разі вживання ефедрону ця діяльність частіше реалізується у повсякденних діях: прибирання квартири, прання білизни, ремонт побутової техніки (який, як правило, закінчується на стадії її розбирання) тощо. В окремих випадках споживачі довго грають на музичних інструментах. Після вживання первітину споживачі, окрім повсякденної діяльності, прагнуть «творити». У стані наркотичної інтоксикації вони починають писати вірші або прозу, музику, малювати. Особи з нахилом до технічних наук збирають різні металічні деталі, щоб створити «надзвичайні» машини. Усе це супроводжується відчуттям щастя, осяяння. Але об'єктивно вся «діяльність» людини в період інтоксикації має непродуктивний, одноманітний, псевдотворчий характер. Вони залишають картину недописаною, вірші й прозу незавершеними, не збирають розібраних апаратів, деталі для майбутніх «надзвичайних» винаходів накопичуються як непотрібний мотлох і т.ін.

Нерідко спостерігаються розлади на зразок марення, які нагадують ідеї особливої могутності: людині здається, що вона може передбачити різні події, телефонні дзвінки, прихід приятелів, їхні подальші дії, може прочитати думки, вгадати бажання кожної людини.

Спільним для обох описуваних наркотиків є сексуальне збудження в період сп'яніння. Тому нерідко наркотизацію здійснюють попарно чоловік і жінка. Деякі споживачі вірять, що кустарний первітин має «божественну» дію, перетворюючи їх на «надлюдей». Серед споживачів наркотиків існує також думка, що можна приготувати наркотики різної дії: «сексуальний», «інтелектуальний», «творчий».

Через 6-8 год. після завершення другої фази ефедренової інтоксикації і через 12-16 год. після завершення другої фази первітинової інтоксикації у споживачів розвивається постінтоксикаційний стан, подібний за своєю структурою. Він характеризується пониженим фоном настрою з дисфорією, різко вираженою слабкістю, млявістю, сонливістю. Після тривалого сну стан нормалізується.

Приблизно в одному з трьох випадків у осіб, які зловживають саморобними психостимуляторами, спостерігаються інтоксикаційні психози, які розвиваються в разі вживання великих доз психостимуляторів на стадії апогею їхньої дії. Ці стани, як правило, минають без лікування після припинення інтоксикації. Тривалість їх складає 3-4 год. в випадку вживання ефедрону і 8-10 год. в разі вживання первітину. Але в окремих ситуаціях можуть спостерігатися затяжні психози, які тривають 1 місяць і більше, що вимагає терапевтичного втручання.

Психотичні розлади найчастіше розвиваються у формі гострого або рудиментарного параноїду, в структурі якого спостерігається марення переслідування, особливого значення, вербальні й зорові галюцинації. Виникають вони, як правило, після багатоденної наркотизації, яка супроводжується безсонням, коли дози наркотиків доходять до максимальних, які може витримати людина. Після чергової ін'єкції замість ейфорійно-піднесеного настрою з'являється

незрозумілий страх, тривога, відчуття, що навколо щось відбувається, зростає напруження (жаргоном споживачів наркотиків цей стан називається рос. «измена катит»). Фабула психотичних переживань має два варіанти: перший — коли загроза походить від найближчого оточення (приятелі-наркоспоживачі, випадкові знайомі); інший ґрунтується на реальних побоюваннях, що їх може затримати міліція за вживання наркотиків. У рідкісних випадках спостерігаються психотичні розлади, що нагадують маніакально-маячні стани.

Під час гострої інтоксикації кустарними психостимуляторами спостерігаються підвищення артеріального тиску, акрогіпергідроз, нудота, інколи блювота, затримка сечі, відсутність апетиту, блідість шкірних покривів, сухість слизових оболонок, тахікардія, інколи синусна аритмія, екстрасистолія, гіпертермічні реакції.

Згодом обидва препарати перестають викликати ейфорію, лише усуваючи млявість, слабкість і поганий настрій.

Сп'яніння, викликане кокаїном.

Оскільки від властивостей препарату і способу його введення в організм багато в чому залежать клінічні прояви кокаїнової наркоманії, зупинимося на них докладніше.

Гідрохлорид кокаїну. Найбільш вживаний препарат. Це білий порошок без запаху, який нагадує кристальний, прозорий сніг. Основний спосіб вживання — нюхання або вдихання, при цьому кокаїн досить швидко всмоктується крізь слизову оболонку носа і потрапляє через кров найкоротшим шляхом у мозок. Так званий «вуличний» кокаїн, який розповсюджують на чорному ринку, містить від 12 до 75% гідрохлориду кокаїну. Серед додаткових складових «вуличного» кокаїну використовують фенциклідин, героїн, місцеві анестетики (новокаїн, лідокаїн), стимулятори ЦНС (кофеїн, амфетамін) або неактивні речовини (лактозу, манітол). Останні 3 групи — найчастіше.

Гідрохлорид кокаїну вводять також внутрішньовенно, проте рідко, оскільки час його дії за такого способу вживання дуже незначний. Частіше відзначають вживання кокаїну в ін'єкціях у комбінації з героїном, але загалом ін'єкційний спосіб нині слабко поширений.

Алкалоїдний кокаїн («вільна основа», «основа», «крек») — це алкалоїд кокаїну — бензоїлметиленгонін. Його готують із гідрохлориду кокаїну, і він відрізняється від нього більш низькою температурою плавлення і, відповідно, легкістю випаровування, що дозволяє вдихати препарат під час куріння. Як правило, для цього використовують люльку, рідко — сигарети. У процесі інгаляції активна субстанція абсорбується через легеневі капіляри і дуже швидко потрапляє у кров і тканини мозку. У нинішній час набуває дедалі більшого поширення.

Кока-паста. На вигляд це порошок, колір якого варіює від білого до коричневого. Кока-паста — це перший проміжний продукт під час обробки листя коки у процесі отримання гідрохлориду кокаїну. Містить від 40 до 91% кокаїну (у вигляді сульфату кокаїну та його алкалоїдів), а також низку інших алкалоїдів і речовин (нікотин, метанол і т.ін.), які містяться в листі коки. Кока-пасту, яку застосовують для куріння, як правило, змішують із тютюном і пре-

паратами коноплі. Куріння кока-пасти поширене в основному серед корінних мешканців країн Південного Америки і Карибського басейну.

Листя коки. Містить 0,5-1,5% алкалоїду кокаїну. Його вживають шляхом жування. Шматочки листя коки, часто з додаванням вапна, кладуть за щоку, що забезпечує повільну абсорбцію кокаїну через слизову оболонку щоки і частково через шлунково-кишковий тракт. Тому рівень активної речовини у кров'яному руслі порівняно низький, ризик виникнення залежності і негативних медико-соціальних наслідків за такого способу вживання кокаїну незначний.

Фізіологічні і поведінкові зміни (ейфорія, підвищення артеріального тиску та ін.), починаються за 2 хв. після внутрішньовенного введення кокаїну, досягають свого піку протягом 5-10 хв. За інтраназального способу вживання (вдихання через ніс) дія починається за 5-10 хв. Апогей спостерігається в межах 15-20 хв. Протягом приблизно 30 хв. ефекти поступово зникають. У випадку використання «креку» час початку дії приблизно такий же, як при внутрішньовенному введенні кокаїну.

Ефекти гострої кокаїнової інтоксикації багато в чому схожі на ефекти після вживання амфетамінів, тобто відбивають його стимулюючу дію на нервову систему. Спостерігаються піднесення настрою, відчуття підвищених власних можливостей, розгальованість, балакучість, гіперактивність. При більш вираженому кокаїновому сп'янінні стан можна розцінювати як маніакально-подібний: відзначають порушення мислення, масштабність планів, імпульсивність, безвідповідальність, «розкидання» грошима, гіперсексуальність, різке переоцінювання власної особи і власних можливостей, компульсивні (повторювані) дії, нерідко виражається психомоторне збудження. У таких станах споживачі можуть, з одного боку, скоювати різні кримінальні дії, а з іншого — самі отримувати різні фізичні травми (наприклад, через нещасні випадки). У разі вживання надто великих доз або дуже тривалого періоду ейфорія може поєднуватися з тривогою і дратівливістю, а також зі страхом неминучої смерті від вживання препарату. Інколи цей стан нагадує панічні реакції.

У випадку вживання значних доз можуть розвиватися психотичні розлади. Психотичне сп'яніння характеризується страхом, тривогою, розгубленістю, епізодичними слуховими, зоровими і тактильним галюцинаціями. Трапляються і психози, відомі як кокаїновий делірій, кокаїновий онейроїд (порівняно нечасто), кокаїновий параноїд. Кокаїновий психоз, зазвичай, має транзиторний характер і зникає після завершення епізоду, часто після нічного сну. Інколи можуть спостерігатися психотичні епізоди, що тривають кілька днів і більше.

Як правило, період ейфорії (за винятком тих випадків, коли наркотичний епізод надзвичайно короткий або доза кокаїну дуже низька) змінюється другою фазою кокаїнової інтоксикації, так званою посткокаїновою дисфорією (стан похмурої роздратованості). Замість ейфорії з'являється тривога, слабкість, дратівливість, апатія, депресивний афект. Цей дисфорійний статус може призводити до повторного введення препарату і, таким чином, до продовження епізоду.

У період гострої кокаїнової інтоксикації спостерігаються соматичні і неврологічні порушення: сухість у роті, пітливість, тремтіння, печіння в очах,

розширення зіниць, головні болі, почастищення позивів до сечовипускання, тахікардія, гіпертензія, озноб, посилення рефлексів, посмикування груп м'язів, підвищення температури тіла, безсоння, відсутність апетиту, нудота, діарея, серцеві аритмії. Після вживання дуже високих доз можливі судомні напади (аж до епілептичного статусу), гострі серцеві аритмії із зупинкою серця або зупинка дихання з летальними наслідками. Кокаїнові епізоди можуть тривати до 7 днів, але, як правило, менше 12 год.

Для кокаїнової інтоксикації, таким чином, типовою є наявність двох протилежних афективних станів — ейфорії та дисфорії. У період безперервної кокаїнової інтоксикації (кокаїнового «запою») ейфорія переходить у дисфорию, яка знову змінюється ейфорією після чергової дози. Це триває доти, доки толерантність, що розвивається, не перешкодить виникненню ейфорії і не настане стійкий депресивно-дисфорійний стан. Цей стан змінюється сомноленцією (сноподібний стан зі збереженням захисних реакцій), сном і нарешті розв'язується, інколи після періоду залишкових симптомів депресії й астенії.

Якщо явища постінтоксикаційної (посткокаїнової) дисфорії спостерігаються більше, ніж 24 год., то їх можна розглядати як абстинентний синдром. У даному випадку він в основному характеризується депресивно-дисфорійними розладами в поєднанні з помірно вираженими вегетативними проявами. На тлі абстиненції можуть виявлятися окремі ідеї переслідування, суїцидальні думки. Різко виражений компульсивний потяг до наркотику. Ці явища досягають свого апогею на 3-4 день після припинення вживання наркотику і тривають до 10-14 днів, інколи до 1 місяця.

Далі, як правило, настає період стійкої дисфорійної депресії з обмеженою здатністю отримувати задоволення від навколишнього світу, тобто ангедонією. Споживачі відчують неповноцінність власного існування, безвихідність, переживають внутрішню порожнечу і безрадісність і т.ін. При цьому в них постійно виникають спогади про кокаїн, які врешті-решт можуть призводити до рецидиву.

Явища депресії в разі утримання від вживання кокаїну протягом 2 тижнів — 2 місяців виявляють у подальшому тенденцію до послаблення і навіть зникнення. За кокаїнової наркоманії можливі відносно повні ремісії. Але навіть якщо ремісія триває кілька місяців, у цей період часом знову з'являється потяг до наркотику, який супроводжується дисфорійними і депресивними розладами, характерними для фази посткокаїнової дисфорії. Потяг може виявлятися і без супутніх депресивних симптомів, як своєрідний спогад про ейфорію, яку викликає кокаїн. Епізоди вираженого потягу можуть виникати навіть через кілька років після останнього вживання кокаїну. Він може бути ситуатійно зумовленим, а також його може спровокувати вживання інших стимуляторів і алкоголю.

Сп'яніння, викликане диетиламідом лізергінової кислоти (LSD).

ЛСД буває у вигляді порошку, розчину, капсул або пігулок; не має ні кольору, ні запаху, ні смаку (може продаватися розчиненим на шматку цукру або на шматку промокаючого паперу). Як правило, його вживають внутріш-

ньо, але відомі випадки підшкірного або внутрішньовенного введення. ЛСД інколи змішують з тютюном і курять. У таких випадках інтоксикація може бути більш м'якою.

ЛСД викликає глибокі порушення сприйняття, настрою і мислення. Галюцинації найчастіше бувають зорові. Спочатку з'являються дуже яскраві спалахи перед очима, нечіткі контури, геометричні фігури. Потім виникають справжні зорові галюцинації, нерідко такі, що викликають страх. Одночасно можуть спостерігатися слухові й тактильні галюцинації. Галюцинаторні розлади супроводжуються різноманітними, часто протилежними, емоційними переживаннями: ейфорія, екстаз чергується з тривогою, панічними реакціями. Кольори і звуки стають надзвичайно насиченими, загострюється сприйняття музики, смакові відчуття. Для інтоксикації ЛСД характерні синестезії, коли звук «бачать», а колір чи образ «чують», музика сприймається як «кольоромузика». Спостерігаються розлади структури тіла, явища дереалізації і деперсоналізації, порушення сприйняття часу і простору. Особливостями інтоксикації ЛСД є «відчуття функції своїх внутрішніх органів», оживання в пам'яті подій далекого минулого, зокрема раннього дитинства і навіть народження. Деперсоналізація може набувати химерних форм. Наприклад, виникає відчуття, що власне «Я» відділяється від тіла. Нерідко наркотизовані відчують, що вони «божеволіють», що «вони вже ніколи не будуть нормальними».

Поведінка осіб під час інтоксикації залежить від змісту галюцинацій та інших розладів. Це може бути пасивне споглядання з відносною критикою, коли є усвідомлення того, що психічні порушення пов'язані зі вживанням препарату. За більш глибокої інтоксикації критика відсутня, поведінка стає неправильною, можуть спостерігатися аутоагресивні чи агресивні дії. Розвиваються психози, клінічна картина яких характеризується галюцинаторно-параноїдними або маніакально-маячними станами. Маячна інтерпретація галюцинаторних переживань може зберігатися і після припинення галюцинацій. Галюцинаторний параноїд відносно короткий — не більше кількох днів, далі починає спадати. Якщо ж маячний стан затягується і марення починає систематизуватися, не можна виключати наявність шизофренічного процесу, спровокованого вживанням галюциногенів.

Постінтоксикаційний синдром, що розвивається після вживання ЛСД найближчої доби, характеризується важким депресивним станом, найчастіше це депресія з руховим збудженням і тривогою, нерідко з суїцидальними тенденціями. Тривалість депресії — від доби до тижня. Якщо депресія затягується або її клінічна картина ускладнюється, не можна виключати спровокованого галюциногеном нападу шизоафективного психозу.

Для осіб, що зловживають галюциногенами, характерні рецидиви психічних розладів протягом певного періоду після припинення наркотизації і без повторного вживання препаратів. У одних випадках можуть розвиватися стани галюцинаторного параноїду або галюцинаторної депресії, в інших відтворюються окремі фрагменти перенесеного розладу у вигляді елементарних зорових галюцинацій або ілюзій. У американській літературі подібні порушення отримали назву «ретроспективний спалах» (flashback). Тривалість такого спалаху — від кількох хвилин до кількох годин.

Сп'яніння, викликане фенілциклідом (РСР).

Фенциклідин можна курити, вживати внутрішньо, вводити внутрішньовенно, розпилювати і «вводити на інші наркотики». Найчастіше його вживають внутрішньо або вприскують у цигарку з марихуаною, яку потім викурюють. Вміст фенциклідину в різних цигарках значно відрізняється (доза, що дорівнює 1 г, може бути поділена на 4 цигарки або на кілька десятків цигарок).

У разі вживання малих доз симптоматика варіює від легкої ейфорії та неспокою до високого ступеня тривожності, страху й ажитації (збудження). Можливі дизартрія, дискоординація рухів, атаксія, м'язова ригідність (особливо м'язів обличчя і шиї), зниження реакції на біль. У разі вживання перорально 5-10 мг фенциклідину спостерігаються незначна сплутаність, відчуття нереальності того, що відбувається, галюцинації. Помірні дози (10 мг і вище) можуть викликати катаlepsію і навіть легкий коматозний стан. Високі дози (25-50 мг) здатні викликати судоми, гіпертермію, підвищення артеріального тиску, порушення діяльності серцево-судинної системи, дихання, стереотипні рухи, посмикування кінцівок і нарешті — кому. Кома може перейти у важкий органічний мозковий синдром з наявністю психотичної симптоматики або без неї.

Навіть у випадку помірної інтоксикації можуть розвиватися психози, як правило, із потьмаренням свідомості, галюцинозом, інколи з маренням. Спостерігаються не лише зорові, але й слухові галюцинації. Можливі деперсоналізаційні розлади, розлади структури тіла, дезорієнтація у часі й просторі. У клінічній картині психозу переважає параноїдна симптоматика або маніакальний стан із гіперактивністю, грандіозністю планів, прискореним ходом думок і мовленням. Характерні емоційні порушення зі швидкою зміною полярних афектів: добродушність, товариськість будь-якої миті змінюється ворожістю й агресивністю. Під час гострого психотичного епізоду інколи спостерігається психомоторне збудження з порушеннями поведінки: особи під дією наркотиків відкрито мастурбують, розривають на собі одяг. Спостерігається нетримання сечі, агресивність, неадекватний сміх або плач. Весь період психозу споживачі, як правило, амнезують.

Гостра психотична симптоматика може зберігатися від 24 год. до 1 місяця. Стан сплутаності та зниження інтелектуальних функцій, який є ознакою токсичної дії фенциклідину, також може спостерігатися тривалий час — до 4 тижнів. Можливий і «ретроспективний спалах» («флешбек») психозу, тобто після припинення вживання наркотику виникає рецидив симптоматики, але менш виражений.

Сп'яніння, викликане кетаміном.

Кетамін (синоніми — каліпсол, кеталар) застосовується в анестезіології для короточасного наркозу. Випускається кетамін у формі 5% розчину в ампулах по 2 мл або у флаконах по 10 мл.

Ейфорія під час внутрішньовенного введення кетаміну характеризується піднесенням настрою, відчуттям незвичного блаженства. Одночасно виникає відчуття особливої легкості тіла, польоту, безмежності навколишнього простору. Спостерігається деперсоналізація і дереалізація, розлади структури

тіла. Потім виникають надзвичайно яскраві зорові галюцинації фантастичного змісту. Інколи галюцинації страшні, але страху наркотизовані при цьому не відчують, найчастіше у них виникає цікавість до того, що вони «бачать».

На піку інтоксикації виникають маревоподібні порушення свідомості з фантастичним сюжетом. Особи, що перебувають під дією наркотику, дезорієнтовані, у них виникає враження, що вони «перебувають у іншому вимірі», «спілкуються з Богом», «з дияволом», переносяться до інших місць, чують якусь особливу, «неземну» музику тощо. Деякі особи в період інтоксикації відчують безмежні творчі здібності: їм здається, що вони пишуть музику, вірші, їм на думку спадають дивовижні фасони одягу тощо. Зовні вони загальмовані, у них наявне порушення мовлення, дискоординація рухів, підвищений артеріального, тахікардія. У випадку швидкого внутрішньовенного введення можливе пригнічення дихання.

Під час виходу з інтоксикації може спостерігатися психомоторне збудження, яке чергується зі слабкістю, млявістю, сонливістю, надзвичайно пригнічений настрій із дратівливістю і виражений потяг до повторення наркотизації. У разі внутрішньовенного введення препарату галюцинації не такі яскраві, як при внутрішньом'язовому.

Сп'яніння, викликане холінолітиками.

До холінолітичних засобів, які використовують для наркотизації, належать препарати, що містять атропін (блекота, дурман, астматол та ін.), антигістамінні (димедрол, піпольфен та ін.) і лікарські засоби, які застосовують для лікування паркінсонізму і корекції екстрапірамідних розладів, що виникають під час лікування нейролептиками (циклодол).

Зловживання холінолітиками трапляється головним чином серед підлітків. Зловживання препаратами, що містять атропін, зараз відносно непоширене. Втім необхідно згадати зловживання так званим дурманом.

Дурман — це дикоросла отруйна рослина, насіння і листя якої містить ряд алкалоїдів (атропін, скополамін та ін.). Він росте в Середній Азії, де відомий під назвою «бангі-дівана». Найсильнішим із його алкалоїдів є атропін. Вживають насіння дурману внутрішньо. Психотропні властивості дурману були відомі давно. Препарати, виготовлені з дурману, застосовувалися в народній медицині як заспокійливі засоби.

За описом споживачів, дія дурману (до 10-15 насінин) виявляється по-різному: від легкого запаморочення, м'язової розслабленості з відчуттям тепла у тілі до стану, що характеризується гіпоманіакально-ейфорійним афектом. Інколи сп'яніння нагадує гашишне. У ряді випадків ейфорія супроводжується нудотою, блювотою, неприємними відчуттями у черевній порожнині, стисканням або розпиранням в ділянці голови, відчуттям жару, шумом у вухах, тахікардією. Для отримання ейфорії дуже важлива установка людини на відповідний ефект. Тривалість дії дурману — від однієї до кількох годин. Після виходу зі стану інтоксикації відзначають загальну слабкість, головні болі, непевнену ходу, дисфункцію шлунково-кишкового тракту.

Після вживання великих доз (15-25 насінин) виникають психози, які характеризуються порушенням свідомості з галюцинаціями, ілюзіями і марен-

ням. Можуть спостерігатися метаморфозії, розлади схеми тіла, рухове збудження з придуркуватістю, оголенням. Психози супроводжуються підвищенням температури тіла, почервонінням обличчя, ціанозом губ; в окремих випадках спостерігаються точкові крововиливи в зоні лоба, грудної клітки. Язик обкладений білуватим нальотом. Пульс пришвидшений — до 110-120 ударів на хвилину. Артеріальний тиск може бути як підвищеним, так і пониженим. Зіниці розширені. Тривалість гострого періоду психозу — не більше доби. Надалі протягом кількох діб, особливо вечорами, можуть спостерігатися субпсихотичні явища: немотивовані страхи, тривоги, метушливість, неглибокий сон, після чого стан нормалізується.

Антигістамінні препарати, як і атропіноподібні засоби, нині як самостійна форма зловживання використовуються порівняно рідко. Як правило, їх вживають підлітки разом із алкоголем, щоб досягти стану «приголомшення» — однієї з форм ейфорії. Димедрол використовують також хворі на опійну наркоманію, які вживають хімічно оброблені препарати опію. Димедрол вони додають до основного наркотику для пролонгації ейфорії.

У разі передозування димедролом та іншими антигістамінними препаратами спостерігаються психози, які характеризуються потьмаренням свідомості, психомоторним збудженням, галюцинаторно-маячною симптоматикою.

Серед препаратів, які використовують для лікування паркінсонізму, найчастіше предметом зловживання є циклодол (син.: артан, ромпаркін, паркопан, паркан). У ряді випадків він може викликати розвиток циклодолової токсикоманії. Вживають циклодол внутрішньо в таблетках по 2 мг. Якщо вжити 2-3 таблетки, виникає ейфорія. У окремих випадках ейфорія може настати і після прийому терапевтичної дози.

Найчастіше зловживання циклодолом має епізодичний характер. Його вживають як один із препаратів підлітки, у яких спостерігається адиктивна поведінка і хаотичне вживання різних одурманливих засобів. Циклодол використовують особи з політоксикоманіями або разом із іншими одурманливими засобами, або за відсутності звичного препарату. Рідше зловживання циклодолом має ізольований систематичний характер, коли можна спостерігати формування токсикоманії з вираженою психічною залежністю, фізичною залежністю й толерантністю.

Циклодолова токсикоманія спостерігається переважно у підлітків і молодих людей. Більшість із них до початку вживання вже бувають знайомі з іншими психоактивними засобами, і вживання циклодолу в них цілеспрямоване: вони прагнуть отримати специфічний, а саме галюциногенний ефект, який їх найбільше приваблює (з метою сп'яніння циклодол вживають за відсутності інших препаратів).

У клінічній картині гострої інтоксикації циклодолом виділяють 4 фази: ейфорійну, звуженої свідомості, галюцинаторну і фазу виходу. Залежно від вжитої дози фази виникають у цій послідовності або сп'яніння зупиняється на будь-якій із фаз, наприклад, на ейфорійній.

Ейфорія настає через 20-30 хв. після вживання препарату. Наркотизований відчуває важкість у тілі, особливо в дистальних відділах кінцівок, у нього

з'являється приємне поколювання в різних частинах тіла. Настрій піднесений. Неприємні переживання втрачають свою значущість. Всі події сприймаються немов «крізь рожеві окуляри». Звуки стають дуже чіткими, барви — яскравими. Відзначають незосередженість, неуважність, непослідовність у вчинках. Судження поверхневі. Наркотизовані особи рухливі, прагнуть спілкування. Як правило, циклодол вживають у групах, і в цей період наркотизовані сміються, співають, танцюють, розмовляють один з одним щодо вражень від дії препарату. Деякі особи, особливо знайомі з дією наркотиків або з жаргоном наркоспоживачів, виділяють «прихід», який виявляється як тепла хвиля, відчуття приємної важкості в кінцівках. Більшість «прихід» не відзначає.

Характер ейфорії під час циклодолової токсикоманії багато в чому залежить від установок споживача й особливостей його особистості. У гіпертичних осіб виразно підвищується настрій і зростає активність. У осіб астеничної конституції разом із відчуттям розслабленості з'являється страх і параноїдність. Інколи етап ейфорії зовсім не виражений.

Через 30-40 хв., якщо вжито відповідну кількість препарату, ейфорія переходить у фазу звуженої свідомості. З'являється сонливість, проте наркотизовані не сплять, хоч і надають перевагу пасивності. Вони неначе занурюються у світ власних переживань, яскравих і чуттєвих уявлень, переживають різні приємні тілесні відчуття. З'являється відчуття легкості в тілі, кінцівках, враження невагомості, польоту. Дуже часто спостерігаються деперсоналізація і дереалізація, розлади структури тіла: своє власне тіло, кінцівки вони сприймають як не свої, спостерігають за собою, оцінюють себе неначе збоку. Навколишні предмети змінюють форму, змінюються просторові співвідношення. Реальне оточення втрачає значущість. Зникає бажання рухатися, щось робити, говорити, темп мислення сповільнений. Виникають труднощі щодо осмислення навколишньої ситуації, поставлених запитань. Наркотизовані із зусиллям підбирають потрібні слова, уривають почату фразу на півслові, втрачають логічність у розмові, говорять недоречно, несподівано замовкають. Якщо їх розпитувати, зазначають, що «зникли думки в голові». Інколи в цей період вони можуть ненадовго коригувати свою поведінку, наприклад, у випадку появи батьків, міліції. Стан звуженої свідомості може тривати 2-3 год. і далі перейти у галюцинаторну або нисхідну фазу.

Галюцинаторна фаза розвивається після попередніх двох, але інколи й оминаючи їх. Це відбувається у разі вживання великих або додаткових доз на піку сп'яніння (жаргоном споживачів наркотиків — «навздогін»). Поступово втрачається орієнтація в часі й просторі, викривлюються обличчя людей, їхня поведінка сприймається як незвична. За 15-20 хв. виникають галюцинаторні розлади, спочатку елементарні: клацання, дзвінки, вигуки, яскраві крапки, кола перед очима. Потім з'являються справжні зорові галюцинації. Якщо заплющити очі, виникають дуже яскраві картини, як правило, фантастичні сцени. Галюцинаторні образи можуть бути приємні або навпаки страхітливі. При цьому страху особи, що вживають циклодол не вперше, не відчувають. Вони «зацікавлено» роздивляються свої «видіння», зокрема й такі, як сцени вбивства, відрубані голови, «море крові» і т.ін. Залежно від змісту галюцинацій може змінювати афект від веселощів до страху й люті. Після виходу з інтоксикації споживачі часто порівнюють галюцинаторні розлади з мультфільмами.

Дуже характерні для циклодолової інтоксикації так звані негативні галюцинації. Класичний симптомом циклодолової токсикоманії є симптом «зниклої цигарки»: у споживача у руці нібито з'являється цигарка, але щойно він підносить її до рота, вона зникає, потім знову з'являється в руці. Так само можуть зникати й інші предмети. Необхідно зазначити, що особи, які зловживають циклодолом, завжди чітко відмежовують галюцинаторні образи від реальної дійсності.

Зовнішній вигляд осіб у стані інтоксикації нагадує алкогольне сп'яніння за відсутності запаху алкоголю. Спостерігається блідість і сухість шкірних покривів, слизових оболонок, характерна «мутність» очей, різке розширення зіниць, послаблення їхньої реакції на конвергенцію й акомодацию, ністагм (очевидання) у відведеннях погляду, порушення координації рухів, почастищення пульсу, помірне підвищення артеріального тиску. Наркотизовані застигають у замріяній позі, здригаються, якщо їх гукнути.

Після виходу з інтоксикації галюцинаторні переживання не амнезуються, і споживач може докладно про них розповісти. Спостерігаються виражені астеничні розлади.

У разі передозування циклодолом як у інтолерантних до препарату осіб, так і у циклодолових токсикоманів розвивається психоз, найчастіше — делірій. Спочатку спостерігаються зорові галюцинації, які мають ізольований і фрагментарний характер: споживачі бачать комах, дрібних тварин. З наростанням інтоксикації й ускладненням психопатологічного стану формується клінічна картина типового делірію з панорамними галюцинаціями і маячними ідеями. Основними симптомами є затьмарення свідомості, наявність яскравих страхітливих зорових і слухових галюцинацій з гострою манією переслідування, психомоторним збудженням.

Сп'яніння, викликане псилоцибіном і мескаліном.

Картина інтоксикації псилоцибіном і мескаліном характеризується яскравими кольоровими, калейдоскопічними зоровими галюцинаціями, які нерідко супроводжуються явищами дереалізації й деперсоналізації, відчуттям роздвоєння особистості з можливістю спостерігати за собою неначе збоку, розладами структури тіла. При цьому усвідомлення може зберігатися, і галюцинаторні переживання залишаються в пам'яті.

Сп'яніння, викликане препаратами коноплі.

Наркотичну дію мають ПАР, що містяться в коноплі, — канабіноїди (основна речовина — тетрагідроканабінол, ТГК). Наркотик, виготовлений зі стебел і листя коноплі з невеликим додаванням квіток, називається марихуана (від португальського слова *mariguango* (мовою споживачів наркотиків — «травичка», «сіно»)). Смолиста ж речовина, зібрана з верхівок трави канабісу під час цвітіння, називається гашиш (анаша, банг, хуррус та ін.; мовою споживачів наркотиків — «план», рос. «дурь», «грязь»). Гашишне масло — це концентровані канабіноїди, які отримують за допомогою екстракції з необробленого матеріалу або смоли. Марихуана поширена переважно в Америці й у країнах

Західної Європи. Останнім часом там користується попитом також гашишне масло. У нашій країні споживачі наркотиків вживають переважно гашиш. Марихуана значно менш наркогенна, ніж гашиш. За останні кілька років набула поширення й вона. У марихуані міститься 0,5-4% ТГК, в гашиші — 2-8%, але може бути 10-20%. У гашишному маслі концентрація ТГК — від 15% до 50%.

Дія препаратів коноплі більше, ніж інших наркотиків, залежить від установки на очікуваний ефект. Нерідко людина, яка викурює цигарку з гашишем, не знаючи про це, може не відчувати ейфорії. Перше в житті куріння гашишу може не викликати жодних відчуттів, навіть якщо наявна відповідна установка. Лише після 2-3 разу з'являється ейфорія. Крім того, перші спроби куріння можуть супроводжуватися неприємними відчуттями: сухістю в роті й носоглотці, стисненням в грудях, складістю дихання. Можливе прискорене серцебиття, запаморочення, дзвін і шум у вухах, нудота і блювота. Настрій може бути пригніченим або тривожним. Це не заважає особам, які вперше спробували гашиш, повторювати наркотизацію. Передусім це стосується підлітків. Варто зазначити, що часто й під час першого куріння виникає ейфорія.

Картина гашишного сп'яніння зі звиканням до наркотику змінюється. В ініціальний період за кілька хвилин після куріння з'являється приємне відчуття тепла у всьому тілі, особливої легкості, втрати власної ваги. Рухи здаються вільними, такими, що не вимагають особливих зусиль, хоча їхня координація не порушується. Спостерігаються різноманітні психосенсорні розлади: змінюється сприйняття навколишніх предметів і часу, кольори здаються дуже яскравими, звуки — гучними, предмети — контрастними, плин часу — прискореним. Викривлюється оцінка відстані: нерідко предмети здаються далі, ніж насправді. Наявність психосенсорних розладів відзначають багато у кого, але не в усіх.

Сп'яніння, зазвичай, супроводжується піднесеним настроєм з кривлянням і сміхотливістю. Сміх виникає з будь-якого приводу. За більш важкого сп'яніння сміх буває компульсивний. Через ці немотивовані веселощі, очевидно, гашиш отримав назву «дурь» (рос.). Мислення втрачає свою послідовність, починає переважати поверховість асоціацій. Водночас виникає суб'єктивне відчуття прискореного плину думок. Спілкування в групі курців має формальний характер, поставлені одне одному запитання не знаходять відповіді. У деяких випадках недоречне слово, яке виголошує хтось із членів групи, викликає у інших курців неадекватну реакцію — немотивований сміх. Водночас звернення до них сторонніх може взагалі не сприйматися.

Стан сп'яніння супроводжується вегетативними порушеннями (сухість у роті, блиск очей, гіперемія склер, розширення зіниць). Тривалість легкого сп'яніння залежить від дози тетрагідроканабінолу (ТГК), що надійшов у організм, і може складати від 30 хв. до кількох годин. Після виходу з інтоксикації виникає різке відчуття голоду, яке, очевидно, пов'язане з гіпоглікемією, що розвивається під час гашишної інтоксикації. Надалі спостерігається втома, підвищена сонливість. Протягом кількох годин зберігається своєрідний солодкуватий запах, від одягу одягу курця.

Наступні 3-4 доби спостерігається астения (стан нервово-психічної слабкості), емоційна лабільність, дратівливість, понижений настрій. У деяких випадках в ініціальний період виникненню ейфорії передують короточасний стан

тривоги. Збільшення дози гашишу призводить до того, що ейфорію змінює страх і розгубленість, з'являється нестримний, погано контрольований потік безладних думок, значно порушується сприйняття часу і простору.

З почастішанням куріння ейфорія і балакучість під час інтоксикації зменшуються, виникає відчуття інтелектуального піднесення. Власні думки здаються особливо глибокими і змістовними, здібності — майже необмеженими. Мовлення вирізняється багатослівною докладністю, резонерством, водночас судження в цілому поверхневі та банальні. Можуть спостерігатися порушення мислення. Особи в стані сп'яніння дивляться на себе ніби збоку. Думки стають незрозумілими для них самих, сприймаються як чужі. Вони неначе відчують в собі існування двох осіб, одна з яких говорить, рухається, жестикулює, а інша бачить її збоку та спостерігає. А.Є. Личко та В.С. Бітенський (1991) кваліфікують ці розлади як «роздвоєння свідомості». Подібні порушення дозволяють деяким дослідникам порівнювати розлади у курців гашишу з шизофренічними розладами мислення.

У стані гашишної інтоксикації можуть виникати психотичні епізоди. У випадку передозування чи підвищеної чутливості до препаратів коноплі вони можуть спостерігатися вже в ініціальний період (особливо у підлітків).

Психотичний стан найчастіше характеризується психомоторним збудженням, страхом, наявністю сценopodobних зорових галюцинацій, нерідко фантастичного змісту, слухових обманів. У літературі описано різні форми психотичного сп'яніння під час гашишної інтоксикації: делірій, делірійно-онейроїдний синдром, стан сплутаності, запаморочення, гострий параноїд. Гашишні психози нерідко супроводжуються важкими дисфорійними станами (пригнічений настрій з ознаками понурості, туги, похмурого незадоволення зі злісною дратівливістю), немотивованою агресивністю. Тривалість гострих психозів, викликаних гашишною інтоксикацією, — від кількох годин до кількох днів.

Сп'яніння, викликане вдиханням летких органічних розчинників.

Як інгальанти, найчастіше використовуються засоби побутової і промислової хімії, які є органічними розчинниками. Серед способів вживання найбільш поширене вдихання парів летких рідин за допомогою змоченої ними тканини або з паперових чи пластикових пакетів. Рідше використовується аплікація на шкіру голови.

Ефект різних летких органічних розчинників подібний. Клінічна картина в цілому визначається не так видом розчинника, як терміном і тривалістю його вживання.

У споживачів-початківців після 3-5 вдихів з'являється легке запаморочення, шум у голові, слезо- і слинотеча, легке приголомшення, дере в горлі, двоїться в очах. Зіниці розширюються, пульс прискорюється. Ускладнюється концентрація уваги, сповільнюється реакція на зовнішні подразники, порушується вимова. Якщо вдихання припиняється, стан сп'яніння триває ще 10-15 хв., а потім виникають неприємні відчуття важкості в голові й головні болі. З'являється специфічний солодкуватий присмак у роті, нудота, інколи блюво-

та, спрага. Постінтоксикаційний стан триває протягом 2-3 год.

Якщо вдихання органічних розчинників триває довше, слідом за пригломшеністю і розслабленістю розвивається психомоторний неспокій, інколи збудження. Підвищується настрій, з'являються психосенсорні розлади: викривлюються форми і розміри предметів, кольори стають більш яскравими і контрастними, змінюється тембр зовнішніх звуків і голосів, всі почуті слова й звуки багато разів повторюються, перетворюючись на «нескінченне віддуння». Симптом «віддуння» дуже характерний для інтоксикації інгальянтами. У випадку продовження інгаляції звуки стають дедалі тихішими, споживачі перестають помічати, що відбувається навколо, неначе відключаються від нього; поступово розвивається делірій. У результаті заплющення очей з'являються дуже яскраві й образні зорові галюцинації у вигляді різних сцен. Ці галюцинації мають характер епізодів, що послідовно змінюють одна одну. Вони можуть мати певний сюжет і дійових осіб (великі й малі рухомі фігури, як у мультиплікації), або ж бути безсюжетними. Реальне при цьому тісно переплітається з фантастичним: галюцинаторні образи представлені або у вигляді живих істот (людей або тварин), які мають цілком реальні форми й колір, або у вигляді незвичних істот або предметів (кружечки, квадратики, незвичайні фігурки та ін.). Характерно, що галюцинаторні образи завжди дуже яскраві, кольорові, перебувають у постійному русі. Всі предмети здаються об'ємними, постійно змінюють форму. Переважають епізоди казкового, авантюрно-пригодницького або еротичного змісту, які неначе проектуються на екран. Інколи вони нагадують сюжети побачених кінофільмів. Галюцинації нерідко бувають страхітливими. Зорові галюцинації можуть поєднуватися зі слуховими. Наркотизовані «чують» музику або голоси, з якими підтримують розмову. Ізолюваних слухових галюцинацій без зорових образів, як правило, не буває. Вдихаючи деякі органічні розчинники, наприклад, плямовивідник, ацетон, споживачі можуть «замовляти» галюцинації на визначену тему. На думку А.Є. Личка і В.С. Бітенського (1991), це вказує на те, що йдеться не про справжні галюцинації, а про візуалізацію уявлень. Автори вважають, що справжні галюцинації спостерігаються тільки під час вдихання парів бензину (в таких випадках вони мимовільні).

Афект залежить від змісту галюцинацій. Це може бути афект радості, щастя, блаженства або страху. При цьому підлітки зазначають, що навіть ті сцени, які супроводжуються страхом, однаково приємні («і страшно, і приємно»).

Інгаляції найчастіше здійснюють циклами від 10-20 секунд до кількох хвилин. Потім інгаляцію переривають на кілька хвилин і повторюють знову. Споживачі з великим досвідом зловживання інгальянтами можуть викликати зорові галюцинації типу візуалізованих уявлень приємного змісту (щось на зразок «життя уві сні»), неначе на замовлення, і підтримувати їх певними дозами інгальєнтів протягом кількох годин.

Під час тривалих інгаляцій у споживачів зі сформованою токсикоманією можуть спостерігатися порушення свідомості, які супроводжуються появою фантастичних марень, ілюзій, псевдогалюцинацій. Найчастіше це буває в осіб з ураженням мозку органічного походження, викликаним, наприклад, перенесеними травмами. Видіння у таких споживачів уже не виникають на замов-

лення. У них значно виражена приголомшеність свідомості, спостерігаються епізоди подвійного орієнтування. Посилення відчуженості від навколишньої реальності поєднується з напливом яскравих образів казково-фантастичного змісту. Далі розвивається онейроїдне затьмарення свідомості з псевдогалюцинаторними переживаннями фантастичного характеру, інколи з уривчастими несистематизованими маячними ідеями. При цьому підлітки частіше є «спостерігачами», а не «учасниками» нереальних подій. Нерідко, не зважаючи на відчуженість від навколишньої реальності, усвідомлення того, що всі переживання викликані, а не реальні, зберігається. Якщо спробувати перервати наркотизацію, то з боку підлітка, зазвичай, виникає злісно-агресивна реакція.

Зворотний розвиток явищ сп'яніння починається з моменту припинення вдихання. За 0,5-1,5 хв. після останнього вдиху зникають галюцинаторні образи, поступово відновлюється орієнтування; стан блаженства, легкості змінює дратівливість; з'являється головний біль, запаморочення, млявість, слабкість, нудота, можлива блювота. Обличчя почервоніле, зіниці розширені, очі червоні, тахікардія, рухи некоординовані, хода невпевнена. Залишкові ознаки інтоксикації можуть спостерігатися від кількох годин до 1-3 діб (залежно від дози вжитої речовини). Тривалий час залишається неприємний присмак у роті, інколи буває ускладнене сечовипускання. Настрій знижений, з вираженою дисфорією. У випадку передозування інгалянтів розвивається сопорозний і коматозний стан.

8.3. Негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я людини

Медичні ускладнення, що виникають внаслідок тривалого вживання наркотиків, численні, і їх можна поділити на дві великі групи: неінфекційні та інфекційні. Ці ускладнення (або медичні стани) є результатом взаємодії багатьох факторів, пов'язаних як із самим наркотичним засобом (фармакологічні властивості; спосіб вживання — ін'єкційний, інгаляційний, пероральний та ін.; вживається один наркотик чи в поєднанні з іншими і/або алкоголем; чистота наркотику і наявність домішок, дозування), так і з характеристикою самої людини, яка їх вживає (персональні характеристики споживача; інтенсивність або частота попереднього вживання; початковий стан здоров'я споживача; соціальні й економічні умови життя споживача; очікувані споживачем ефекти від наркотику).

Передозування опіатами супроводжується комою, звуженням зіниць, пригніченням дихання і смертю. Синдром відміни опіатів виявляється цілою низкою симптомів: пітливість, слюзотеча, розширення зіниць, безсоння, нудота, блювота, діарея, сонливість, слабкість у м'язах, міальгія (м'язовий біль), тахікардія та гіпертензія.

Вживання кокаїну викликає неспокій, рухливість, зомління, порушення зору, дисфорію, параною, збентеження чи агресивну поведінку. Може призводити до судом, коми, непритомності, гіпертермії, пригнічення дихання, несподіваної смерті. Тривале вживання кокаїну негативно впливає на сер-

це, сприяючи розвитку аритмій, наприклад, синусової тахікардії, шлуночкової тахікардії, а також викликаючи фібриляції (асистолія), інфаркт міокарду. Ураження дихальної системи може клінічно виявитися як спонтанна медіастинальна емфізема, набряк легень.

У літературі описано випадки гострого некрозу скелетних м'язів унаслідок вживання стимуляторів і опіатів. Вдихання стимуляторів, марихуани, опіатів призводить до виникнення таких захворювань, як: хронічний риніт, ринорея, атрофія слизової оболонки носа, поява виразок і перфорація носової перегородки, поворотний синусит.

У літературі з психіатрії та неврології психоз, депресія, інсульт і крововиливи чітко асоційовані з вживанням стимуляторів і опіатів. Снодійні препарати й інгалянти пошкоджують клітини головного мозку, що виявляється цілою низкою неврологічних симптомів.

Часті ін'єкції наркотиків залишають доріжки й рубці на шкірі, викликають «відхід вен» і сприяють розвитку тромбофлебиту, тромбозу глибоких вен, спричиняють постійний периферійний набряк, венозний застій і вторинну появу виразок, що пов'язана із закупоркою вен. Ін'єкційне введення наркотиків у «неправильні місця» сприяє пошкодженню артерій і порушенню кровопостачання внаслідок травмування тканин, виникненню травматичного некрозу м'язових тканин, несправжніх аневризм і легеневої емболії, а також травматичної нейропатії.

Інфекційні захворювання, пов'язані зі вживанням наркотиків, представлені у таблиці.

Таблиця. Медичні (інфекційні) проблеми, що виникають внаслідок вживання наркотиків

Інфекції, зумовлені використанням нестерильних технік	Інфекції, зумовлені спільним використанням інструменту
Газова гангрена Правець Абсцеси або інфекції м'яких тканин Ендокардит Офтальміт Кандидемія Бактеремія	Малярія Гепатити В/С/Д ВІЛ Вірус, тропний до лімфатичної системи I/II типів

Детальна інформація про ознаки передозування різними ПАР і про надання першої допомоги — у підрозділі 6.8 «Передозування наркотичними речовинами».

8.4. Консультування дітей і підлітків із залежністю від ПАР

Основні аспекти консультування.

Консультування можна визначити як діалог, під час якого консультант створює умови для прийняття клієнтом самостійних, усвідомлених відповідальних рішень щодо свого подальшого життя.

У процесі консультування фахівець з'ясовує потреби клієнта і пропонує йому допомогу в пошуку найкращих шляхів їхньої реалізації. Виявляючи повагу до особистості клієнта, його світогляду, цінностей і прагнень, консультант надає йому психологічну підтримку.

Консультування включає в себе:

- цілеспрямовану розмову;
- уважне вислуховування клієнта;
- допомогу клієнтові у його розповіді;
- надання достовірної інформації;
- допомогу в прийнятті усвідомленого рішення;
- допомогу клієнту у визначенні й розвитку його сильних сторін;
- допомогу в формуванні позитивного ставлення до життя.

Консультування НЕ включає в себе:

- поради;
- прийняття рішень за клієнта;
- критику вчинків клієнта;
- допит клієнта;
- осуд клієнта;
- нотації та повчання;
- обіцянки неможливого;
- нав'язування клієнту власних переконань;
- суперечки з клієнтом.

Ефективний консультант:

- виявляє повагу до людей;
- вміє слухати;
- виявляє співчуття;
- виявляє чесність і заслуговує на довіру;
- володіє потрібною інформацією;
- виявляє терпіння;
- знає межі своєї діяльності;
- знає, куди і до кого звертатися в тих чи інших випадках;
- чітко усвідомлює свої почуття, цінності й погляди;
- залишається неупередженим і об'єктивним;
- впевнений у собі.

Роль консультанта:

- допомогти клієнту визначити проблеми і встановити ступінь їхньої важ-

ливості;

- надати клієнту емоційну підтримку;
- допомогти клієнту розібратися в життєвих альтернативах і підтримати його в прийнятті рішення;
- розвивати у клієнта навички самостійного розв'язання проблем;
- надати в доступній формі потрібну достовірну інформацію;
- допомогти клієнту визначити інші доступні джерела підтримки й ресурси;
- дотримуватися конфіденційності;
- складати і зберігати потрібну документацію.

Рекомендації щодо побудови довірливих взаємин з клієнтом:

- виявляйте повагу до клієнтів;
- визначтеся з Вашою роллю консультанта;
- зберігайте нейтралітет і не ставайте ні на чий бік у випадку конфлікту;
- не працюйте з близькими родичами;
- встановіть часові межі сеансу консультування. Так клієнт знатиме, скільки часу у Вашому розпорядженні;
- не дозволяйте клієнту розвинути почуття залежності від Вас. Ваше завдання — допомогти йому самостійно впоратися з ситуацією.

245

Конфіденційність.

Конфіденційність — центральне питання, на якому будується довіра клієнта до консультанта.

- Завжди обговорюйте питання конфіденційності з кожним новим клієнтом. Поясніть йому, що отримана інформація не буде надана третім особам, за винятком особливих обставин, передбачених законодавством.
- Поясніть клієнту, що інколи потрібно поділитися отриманою інформацією з членами сім'ї або іншими значущими для нього особами. Але в будь-якому випадку це відбувається тільки тоді, коли це може допомогти клієнту, але лише за умови його згоди.
- Поясніть клієнту, що для надання більш якісної допомоги Вам, можливо, буде потрібно обговорити отриману від нього інформацію з іншими фахівцями. У будь-якому випадку інформація про клієнта не виходитиме за межі команди фахівців. Інколи виникають ситуації, коли фахівець вважає, що рішення і вчинки клієнта можуть загрожувати його життю або життю інших людей. У такому разі він і клієнт будуть намагатись дійти згоди щодо подальших дій. Фахівець може прийняти самостійне рішення порушити конфіденційність, якщо йдеться про людське життя. Якщо Ви сумніваєтесь, як вчинити в подібних випадках, зверніться за допомогою до більш досвідченого консультанта.

Персональні цінності та переконання.

Ваші погляди і переконання можуть впливати на здатність встановлювати довірливі стосунки з клієнтом. Ви можете дотримуватися певної позиції щодо:

- релігії;
- стилю життя (наприклад, вживання наркотиків або сексу за платню);
- сексуальної орієнтації;
- таких питань, як аборт, розкриття ВІЛ-статусу, вагітність, грудне вигодовування.

Ви маєте право на власні погляди, але як фахівець Ви не повинні виявляти дискримінації у ставленні до своїх клієнтів лише тому, що їхні цінності й переконання відрізняються від Ваших. Не дозволяйте своїм переконанням заважати процесу консультування. Якщо Ви відчуваєте, що не здатні надавати якісну допомогу певному клієнту, направте його до іншого фахівця.

Умови для проведення консультування.

Зверніть увагу на умови, в яких проходитиме консультування. Якщо у Вашому розпорядженні є окремий кабінет, підготуйте його наступним чином:

- переконайтеся, що Вас ніщо не відволікатиме. Вимкніть телефон, радіо і комп'ютер;
- розташуйте стільці під кутом 90 градусів на зручній відстані. Сідайте так, щоб стіл не був між Вами й клієнтом;
- повісьте на двері табличку з проханням про те, щоб Вас не турбували.

Якщо консультування відбувається в офісі, зверніть увагу на наступне:

- знайдіть зручне місце, де Ви й Ваш клієнт могли б сісти й безперешкодно поговорити;
- забезпечте конфіденційність розмови. Ніхто не має підслуховувати чи підглядати за вами;
- подбайте про безпеку — свою й клієнта. Деякі люди ризикують, розповідаючи про особисті проблеми (наприклад, про випадки насильства в сім'ї). Ви відповідальні за те, щоб ні Ви, ні Ваш клієнт у результаті не постраждали.

Техніка консультування.

Активне слухання:

- розслабтеся. Проженіть сторонні думки та власні турботи;
- повністю сконцентруйтеся на тому, що каже клієнт;
- виявляйте своє зацікавлення розповіддю клієнта — невербально (кивання), словами і вигуками («так», «ага» та ін.);
- не поспішайте із запитаннями і коментарями, навіть якщо в розмові настає пауза. Не бійтеся мовчання. Можливо, цієї миті клієнт розмірковує або набирається сміливості розповісти щось важливе.

Вміння ставити запитання:

- ставте прості й однозначні запитання;
- не ставте кілька запитань одночасно;
- якщо потрібно, повторіть запитання;
- дайте клієнту час обміркувати відповідь.

Емпатія:

- продемонструйте, що Ви здатні зрозуміти, що клієнту довелося пережити, наприклад, можна сказати: «Я бачу, Вам було нелегко це пережити»;
- не дозволяйте вашій стурбованості долею клієнта зайти надто далеко. Зберігайте відсторонене сприйняття ситуації;
- не перенаправляйте розмову на свої особисті проблеми; «Мене, наприклад, теж вчора забули» або «Інколи я переживаю те саме».

Опора на сильні сторони клієнта:

- допоможіть клієнту визначити, що йому вже вдалося зробити, щоб подолати труднощі;
- допоможіть клієнту пригадати, як він долав труднощі раніше: що виходило, а що ні, чому той чи інший прийом був ефективним чи не дуже;
- допоможіть клієнту визначити мету й розробити план дій для її досягнення.

247**Підбиття підсумків:**

Нижче наведено ситуації, в яких корисно коротко повторити слова клієнта, підбиваючи деякі проміжні підсумки розмови:

- на початку наступного сеансу консультування клієнта, якого Ви вже знаєте, щоб актуалізувати пройдену/поточну тему розмови;
- якщо Ви відчуваєте, що не до кінця розумієте точку зору клієнта;
- перед тим, як зробити перерву;
- перш, ніж перейти до нової теми консультування;
- якщо Ви не впевнені, як вчинити далі;
- на завершальному етапі сеансу консультування.

Процес консультування**Підготовка до сеансу консультування:**

- Ви повинні точно знати, скільки у Вас відведено часу;
- переконайтеся, що Ваш душевний стан не вплине на якість консультування. Залиште особисті проблеми за дверима;
- Ви повинні мати респектабельний вигляд;
- якщо це повторний сеанс, перечитайте свої попередні записи;
- підготуйте матеріали, які можуть виявитися корисними для клієнта (інформаційні матеріали, презервативи та ін.).

Початок сеансу консультування:

- привітайте клієнта і запропонуйте йому сісти;
- відрекомендуйтеся самі й попросіть представитися клієнта;
- поясніть мету сеансу консультування;
- домовтеся про тривалість сеансу;
- розкажіть про свою роль і про принципи роботи;
- поясніть клієнту принцип конфіденційності;
- попросіть дозволу робити нотатки під час консультування;
- обговоріть очікування одне одного від спільної роботи.

Проведення сеансу консультування:

- обговоріть причину звернення;
- допоможіть клієнту визначити його проблеми і вирішити, які з них вимагають негайного втручання;
- надайте клієнту потрібну інформацію, щоб допомогти йому прийняти обґрунтоване рішення;
- обговоріть з клієнтом методи, які він обирає для розв'язання складних ситуацій у минулому, і результати їхнього застосування;
- допоможіть клієнту знайти можливі варіанти виходу зі складної ситуації й обговоріть їх з ним;
- підтримуйте клієнта в його виборі та прийнятті рішень. Обговоріть із ним можливі наслідки прийнятих рішень.

Завершення сеансу консультування:

- підсумуйте усі питання, які ви обговорили, акцентуйте увагу на основних моментах розробленого клієнтом плану дій;
- спитайте клієнта, чи є у нього запитання;
- спитайте у клієнта про його враження від пройденого сеансу консультування. Запитайте, чи є у нього якісь зауваження чи пропозиції;
- подякуйте клієнту за співпрацю;
- домовтеся про те, яким буде наступний крок вашої спільної роботи;
- домовтеся про дату і час наступного сеансу;
- направте клієнта до інших фахівців, якщо Ви про це домовилися;
- проведіть клієнта до дверей.

Особливості консультування дітей і підлітків із залежністю (правила безпеки консультанта)

Особливості консультування дітей із залежністю пов'язані з тим, що клієнт може постати перед Вами або в стані наркотичного (чи алкогольного) сп'яніння, або в стані абстиненції. У цьому випадку викладені вище принципи консультування залишаються незмінними.

Спроби перевчити, «вилікувати», спрямувати клієнта у стані сп'яніння на «правильний» шлях найчастіше зустрічають повну «підтримку». Він може погоджуватися з Вами, присягатися, що тепер вже точно змінить своє життя і т.ін.

У стані абстиненції подібна поведінка консультанта в найкращому випадку зустрінє холодну стіну мовчання, в найгіршому — агресію з боку клієнта.

Враховуючи це, а також з метою забезпечення безпеки консультанта, консультування клієнтів у таких станах потрібно максимально скоротити. Завдання консультанта — надати коротку інформацію про послуги організації і, якщо потрібно, направити до вузьких фахівців (наприклад, до лікувальних закладів). Для отримання повноцінного консультування потрібно запропонувати клієнту прийти в адекватному стані.

Також із міркувань безпеки не рекомендується консультувати клієнтів у стані сп'яніння середньої тяжкості (хитка хода, нечітке мовлення і т.ін.). Клієнт у такому стані не повинен залишатися сам на сам із консультантом.

Важливо пам'ятати, що переважно агресивні реакції клієнтів провокують самі консультанти. Потрібно зберігати дистанцію, але при цьому залишатися ввічливим і коректним. Якщо у клієнта з'являються агресивні реакції, необхідно вибачитися перед ним за незручності й попросити прийти іншим разом в адекватному стані. Зізнайтеся клієнту, що ви боїтеся його в такому стані і, якщо він не залишить приміщення, Вам доведеться викликати міліцію.

Надання першої допомоги у випадку інтоксикації ПАР.

Легкий і середній ступені інтоксикації ПАР не потребують надання медичної допомоги. Важкий ступінь сп'яніння супроводжується симптомами порушення свідомості. Дії консультанта в такій ситуації описано в підрозділі 6.8. «Передозування наркотичними речовинами».

249

Зменшення шкоди від вживання наркотиків.

У 80-х рр. минулого століття, коли одночасно із вірусними гепатитами В почалася епідемія ВІЛ, виник і став активно розвиватися новий підхід до роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН), який отримав назву «зменшення шкоди» (harm reduction). Цей підхід не спрямований на те, щоб люди, які вживають наркотики, від них відмовились (традиційна мета медицини), а на те, щоб ці люди, незалежно від того, вживають вони наркотики регулярно (залежні від них) чи ні, змогли попередити негативні наслідки для здоров'я, які можуть виникнути внаслідок вживання. До таких наслідків належать як проблеми, викликані тривалим вживанням самих наркотиків (їхніми властивостями), так і інфекційні захворювання, які передаються в результаті нестерильних ін'єкційних практик (див. підрозділ 8.3. «Негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я людини»).

Ієрархія зменшення шкоди:

1. Якщо можеш — не вживай наркотиків.
2. Якщо вживаєш наркотики — не колись (наркотики можна курити, нюхати, жувати, вживати у вигляді таблеток).
3. Якщо колешся — завжди використовуй новий (стерильний) шприц.
4. Якщо немає стерильного шприца — користуйся лише своїм.

5. Якщо немає свого шприца — обов'язково дезинфікуй чужий перед використанням.

Принципи роботи з СІН щодо зменшення шкоди:

- Акцент на короткотермінові прагматичні цілі (наприклад, профілактика поширення ВІЛ-інфекції у конкретних умовах) замість довготермінових ідеалістичних (наприклад, всебічне зниження шкоди, пов'язаної зі вживанням наркотиків).
- Розроблення шкали засобів досягнення конкретних цілей, наприклад, ієрархія ризику.
- Використання різних стратегій для досягнення цілей.
- Залучення осіб, які вживають наркотики, до планування й реалізації програм.

Послуги, які надаються СІН у межах програм зменшення шкоди, різноманітні. Вони передусім спрямовані на забезпечення доступу до медичних, соціальних і психологічних послуг, які допомагають конкретній людині зберігати належний рівень здоров'я. Традиційними методами роботи є охоплення споживачів там, де є до них доступ, за принципом «рівні навчають рівних» (вулична соціальна робота або аутріч); організація обміну використаного інструменту на новий із роздаванням презервативів, засобів для дезінфекції; консультації психолога, нарколога, інших медичних спеціалістів; створення за допомогою самих клієнтів інформаційних матеріалів (буклети, брошури, листівки) і їхнє поширення; консультування і тестування на ВІЛ, вірусні гепатити й ІПСШ; проведення замісної терапії (метадоном, бупренорфіном); навчання СІН навичок надання першої допомоги у випадку передозування наркотиками; організація груп самодопомоги та ін.

Завдяки підтримці міжнародних організацій (насамперед Фонду Сороса, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією) такі програми були започатковані й уже багато років реалізуються і в Україні.

Література:

1. Діти та молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні. (Children and Young People Living or Working on the Streets: The Missing Face of the HIV Epidemic in Ukraine). UNICEF / AFEW. Kyiv, 2006).
2. Lexicon of alcohol and drug terms. — WHO, 1994.
3. Brettel R. P. Clinical features of drug use and drug use related HIV. — International Journal of STD & AIDS 1996; 7: 151-165
4. Экстренные соматические состояния. Отравление психотропными препаратами // <http://narcom.ru/publ/info/152>.
5. Экзогенные психические расстройства // <http://narcom.ru/publ/info/154>.
6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ <http://narcom.ru/publ/info/183>.

РОЗДІЛ 9

Профілактика і корекція ризикованої поведінки

- 9.1. Принципи профілактичних програм.
- 9.2. Підходи до профілактики (програми універсальної, селективної та показаної профілактики).
- 9.3. Фактори ризику і фактори захисту при розвитку поведінкових розладів.
- 9.4. Основні цільові групи селективної профілактики серед дітей і молоді.
- 9.5. Рівні профілактики і форми профілактичної роботи.
- 9.6. Загальні принципи профілактики ВІЛ/СНІДу серед дітей і підлітків.
- 9.7. Психокорекційна робота з дітьми і підлітками — споживачами ПАР.

ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ.

9.1. Принципи профілактичних програм

Одним із завдань соціальної роботи є профілактика. Особливого значення це завдання набуває для фахівців, які працюють з молодими людьми, що опинилися у СЖО. Своєчасні профілактичні втручання можуть допомогти молоді уникнути багатьох розладів і порушень у майбутньому, наприклад, алкогольної та наркотичної залежності, проблем з агресивністю, розладів особистості, депресії тощо. Мета цього розділу — ознайомити соціальних працівників з основами профілактичної роботи, принципами профілактики й особливостями профілактичної роботи з молоддю, що опинилась у СЖО.

252

Принципи профілактичних програм.

Як і будь-яка інша діяльність соціального працівника, профілактика опирається на певні принципи. Ці принципи корисно знати й не забувати про них. Втім не варто звирятати з ними кожен свій крок.

Профілактичні програми потрібно здійснювати на рівні спільноти, тобто в них повинна брати участь уся місцева спільнота чи, принаймні, найвпливовіші групи населення.

Не потрібно обмежувати програму певною однією вузькою сферою, наприклад, зосереджуватися на боротьбі з наркотиками, ігноруючи при цьому всі інші проблеми, наявні у даній спільноті. Оскільки існує чимало загальних факторів, що впливають на розвиток поведінкових розладів, потрібно розв'язувати ці проблеми комплексно.

Програми мають бути орієнтовані передусім на молодь. Проте необхідно також залучити до роботи й інші групи, які можуть впливати на умови життя і соціальне оточення основної цільової групи.

Стимулювання соціальної взаємодії. Соціальні навички найкраще засвоюються у соціальному оточенні. Тому у діяльності соціального працівника важливе місце має посідати соціальна взаємодія.

Залучення цільової групи. Усі заходи потрібно проводити за активної участі представників цільової групи. Цінності, які ви збираєтесь пропагувати через свої програми, не мають суперечити культурним традиціям спільнот.

Сприяння розвитку позитивних альтернатив. У даному випадку «позитивні» — дуже умовне поняття, яке має ґрунтуватися на місцевих цінностях,

розумінні потреб молоді і того, що її приваблює. Усі ваші дії мають бути спрямовані на утвердження у громаді здорових традицій і практики, і вам не потрібно намагатися змінити спосіб життя людей, залякуючи їх. Звісно, це не означає, що ви не повинні реагувати на негативні явища, з якими зустрічаєтесь, але краще говорити про них спокійно, а не намагатися за допомогою залякування змусити людей відмовитися від шкідливих звичок.

Опора на дослідження і досвід. Профілактична діяльність має ґрунтуватися на наявних даних досліджень, які стосуються того, як а) виявляти проблеми, пов'язані з поведінковими розладами; б) виявляти причини таких проблем; в) визначати можливі профілактичні заходи для усунення виявлених проблем; г) ефективно здійснювати профілактичні заходи; ґ) оцінювати ефективність вашої діяльності/програми.

Довготермінова перспектива. Ваші програми мають виходити з довготермінової оцінки ситуації. Зміна соціального клімату, сприйняття цінностей, пов'язаних зі здоровим способом життя, і впровадження інтерактивних методів його пропаганди в повсякденний побут на місцях — все це нелегкі завдання, які потребують тривалих зусиль.

Розвиток спільноти. Часто у спільноти не вистачає ресурсів і можливостей для молодих людей. Надзвичайно необхідна умова для успішної реалізації в них профілактичних програм — поліпшення економічної і соціальної ситуації. У бідних спільнотах профілактичні програми мають поєднуватися з роботою з удосконалення відповідних галузей, яка передбачає, наприклад, забезпечення освітніх, медичних та інших соціальних послуг, поліпшення житлових і санітарних умов або організацію видів діяльності, що приносять дохід. Для цього, можливо, доведеться звернутися до представників місцевих органів влади, депутатів місцевого законодавчого зібрання, заможних і впливових людей відповідного району та до інших авторитетних людей.

9.2. Підходи до профілактики (програми універсальної, селективної та показаної профілактики)

Історично профілактичні програми звертали увагу на більшість психологічних і соціальних проблем, починаючи зі здатності дітей розв'язувати математичні задачі й закінчуючи попередженням рецидивів вживання наркотиків. Ці підходи були запозичені зі сфери охорони здоров'я та її первісної системи класифікації профілактики хвороб. Ця класифікація висуває три рівні профілактичних заходів або програм: первинний, вторинний і третинний. Відомий психіатр, який займався профілактикою, Джеральд Каплан (Caplan, 1964) пояснював, що під профілактикою розуміють біологічні, психологічні і соціальні процедури, і що всі профілактичні програми можна поділити на програми первинної (до виникнення розладу), вторинної (під час розладу) і третинної (після розладу) профілактики. Первинна профілактика — до початку розладу — знижує частоту виникнення всіх типів розладів. Вторинна профілактика завдяки ранньому виявленню патології скорочує тривалість і полегшує пере-

біг розладів, які вже виникли. Третинна профілактика, яку інколи називають реабілітацією, зменшує завдану розладом шкоду й запобігає рецидивам.

Але дана класифікація нагадує традиційну класифікацію медичних втручань: профілактика, лікування, реабілітація. Керуючись цією класифікацією, буває дуже складно провести межу між різними рівнями профілактики, особливо якщо йдеться про хронічні захворювання.

Враховуючи цю критику, Гордон (Gordon, 1983, 1987) створив нову класифікаційну модель для опису профілактики поведінкових розладів, яка також передбачає три типи профілактичних втручань: універсальні (англ. *universal*), селективні (англ. *selective*) та показані (англ. *indicative*). Основою для даної класифікації є обрана цільова група профілактичного втручання.

Програми універсальної профілактики призначені для всіх членів суспільства незалежно від ризику розвитку в них конкретної хвороби, порушення чи розладу (Institute of Medicine, 1994). Універсальні профілактичні втручання призначені для того, щоб охоплювати цілі популяції, але практики часто зупиняються на школах. На це існує дві причини: по-перше, профілактику, якщо це можливо, краще проводити на ранніх етапах життя, по-друге, школи забезпечують поперечний зріз популяції. До найбільш частих причин подібного втручання можна зарахувати агресію і конфліктну компетентність, самоконтроль, академічну успішність, запобігання розладів з порушенням поведінки. Ці програми, як правило, передбачають недорогі заходи і втручання, що мають певну цінність для популяції. У випадку успішності ці програми знижують кількість нових хворих у даній популяції.

Приклад програми універсальної профілактики

Однією з найпопулярніших програм універсальної профілактики серед підлітків є інтерактивна виставка-гра «Маршрут безпеки». Програма призначена для двох вікових груп учнів, підлітків 11-13 і 14-15 років. Її мета — універсальна профілактика вживання ПАР серед підлітків. Зміст виставки варіюється залежно від віку учасників: з підлітками 11-13 років не обговорюються питання, пов'язані з наркотиками, а також наслідки їхнього вживання.

Програму підтримало Міністерство освіти РФ, німецьке товариство з технічного розвитку (GTZ) і науково-методичний центр «ДАР» ім. Виготського (м. Москва). На сьогодні цю програму реалізують у багатьох країнах колишнього Радянського Союзу.

Пройшовши цикл занять у межах програми, діти можуть розширити свої знання, підвищити комунікативні навички, набути життєвих навичок, які дозволяють підтримувати здоровий стиль життя в умовах мегаполісу.

Програма поєднує в собі інформаційну виставку й навчальну гру, під час якої підлітки не тільки отримують інформацію, але й обговорюють певні теми. Виставка складається з п'яти станцій, присвячених різним темам. Тривалість роботи виставки з використанням 5-ти станцій — 1,5-2 години. Одночасно виставку може відвідати до 40 осіб.

Зміст програми « Маршрут безпеки»

Назва станції	Час	Зміст
«Умій сказати «ні»!»	15 хв.	Мета: поінформувати про різні форми відмови від вживання ПАР, створити умови для розвитку навичок застосування форм відмови. Заняття відбувається у формі рольової гри з подальшим обговоренням.
«Суперечливі твердження»	15 хв.	Мета: надати достовірну інформацію про негативний вплив ПАР на людський організм. Заняття відбувається у формі дискусії, під час якої обговорюються поширені переконання щодо вживання ПАР.
«Поруч з тобою»	15 хв.	Мета: розглянути особливості впливу ПАР на різні аспекти життя людини. Мотивувати учасників обрати здоровий спосіб життя. Заняття відбувається у формі дискусії, під час якої обговорюються можливі наслідки зловживання алкоголем.
«Правильний вибір»	15 хв.	Мета: сприяти усвідомленню підлітками причин обрати здоровий спосіб життя. Заняття відбувається у формі змагання.
«Здоров'я — це чудово»	15 хв.	Мета: актуалізувати цінність здорового способу життя. Заняття відбувається у формі інтерактивної гри.

Селективні профілактичні програми створені для тих груп людей, які піддаються більшому ризику розвитку розладу чи відповідного набору проблем, ніж представники загальної популяції. Цільові групи для програм селективної профілактики обирають відповідно до аналізу наявних факторів ризику і факторів захисту від розвитку поведінкових розладів. Ці групи, як правило, мають певні особливості або цілі комплекси особливостей: бідність, бездомність, високий рівень сімейного стресу.

Цільові групи селективних профілактичних програм, а також приклади можливого впливу буде більш детально розглянуто нижче.

Програми показаної профілактики часто буває складно відрізнити від лікування і реабілітації. Програми показаної реабілітації призначені для тих, хто зазнає труднощів або виявляє перші симптоми порушення, які свідчать про високий ризик рецидивів і погіршення психічного розладу пізніше, з розвитком. У показаній профілактиці, на відміну від лікування, вживають додаткові заходи для пролонгації відновлення або кращого пристосування до життя.

9.3. Фактори ризику і фактори захисту при розвитку поведінкових розладів

Двома ключовими поняттями, головними для профілактичних програм, є фактори ризику і фактори захисту. Фахівці говорять про те, що в житті людини бувають обставини, які можуть сприяти розвитку поведінкових розладів — ці обставини називають **ФАКТОРАМИ РИЗИКУ**. Водночас існує спектр інших факторів, які втримують людину від хибного кроку, — вони називаються **ЗАХИСНИМИ ФАКТОРАМИ**. Якщо в житті людини фактори ризику виявляються сильнішими за захисні чинники, то виникає можливість того, що вона буде схильна до розвитку поведінкових розладів.

Фактори ризику.

Фактори ризику — середовищні, біологічні, психологічні чинники і фактори, пов'язані зі взаємодією з навколишнім середовищем, які призводять до підвищеної ймовірності порушення поведінки.

Ймовірність розвитку поведінкового порушення різко зростає зі збільшенням кількості факторів ризику. Одні фактори ризику є спільними для широкого кола емоційних і поведінкових проблем, тоді як інші мають більш специфічний вплив.

Генетичні фактори майже неминуче відіграють важливу роль у розвитку поведінкових і емоційних проблем. Дослідження низки сімей постійно наголошують, що у дітей з психологічними і поведінковими проблемами батьки з психопатологією трапляються набагато частіше, ніж у дітей без таких проблем (Rutter et al., 1990). Також у багатьох наукових працях йдеться про те, що значну роль у дитячому темпераменті відіграють генетичні фактори. Проте важливо підкреслити, що психопатологія у батьків супроводжується підвищеним соціальним стресом, фінансовими проблемами, проблемами у стосунках між партнерами і неадекватним вихованням дітей, тобто всіма середовищними факторами ризику щодо розвитку порушень (Spence, 1998). Тому порівняльні ролі генів і навколишнього середовища виокремити складно.

Значним джерелом ризику є також біологічні фактори. Наприклад, такі пренатальні впливи, як вживання матір'ю алкоголю, наркотиків або тютюну під час вагітності — найвідоміші біологічні фактори.

Хоча не можна заперечувати значення генетичних і біологічних факторів, важливо підкреслити й те, що у багатьох дітей, які наражалися на біологічні чинники ризику, відповідні порушення і розлади не розвиваються.

У дошкільному і молодшому шкільному віці поведінкові й емоційні розлади тісно взаємодіють один з одним і можуть бути факторами ризику для розвитку порушень у більш старшому віці.

Якщо діти зазнають труднощів у процесі навчання або не можуть навчатися, результатом часто стає емоційний дистрес (негативний тип стресу, який організм не здатний подолати). Подібний емоційний дистрес може спровокувати розвиток процесів опозиційної поведінки і сприяти розвитку і підтримці

процесів примусу всередині сім'ї, які призводять до виникнення поведінкових, емоційних і в подальшому нових проблем з навчанням (Patterson, Reid & Dishion, 1992).

Було ідентифіковано широке коло середовищних факторів ризику, пов'язаних із батьківським вихованням і сім'єю. Соціоекономічне неблагополуччя і середовищна депривація (недостатнє задоволення потреб) — ось два найвідоміших приклади подібних факторів ризику. Проте майже неможливо встановити, чи існує взагалі прямий зв'язок між соціоекономічним неблагополуччям і дитячими поведінковими проблемами і який він. Зауважимо, що соціоекономічне неблагополуччя тісно пов'язане з багатьма іншими факторами ризику, такими як: несприятливе оточення, невлаштований побут, низька доступність освіти, менша освіченість матерів, більша кількість неповних сімей, фінансові труднощі, проблеми у батьків; а також з психологічними чинниками, зумовленими зловживанням психоактивних речовин, а також недоступністю соціальних послуг і послуг у сфері дозвілля.

Паттерсон (Patterson 1992, 1994) та інші науковці припускають, що соціоекономічне неблагополуччя з розвитком розладів дитячого віку не пов'язане. Проте подібні фактори можуть відігравати роль у розвитку батьківської психопатології та використанні неефективних методів виховання. Згодом через процеси внутрішньосімейного примусу дитячі проблеми виникають частіше.

Примусові, неефективні, непослідовні, непостійні моделі батьківського виховання, які породжують розвиток поведінкових проблем у дитинстві, можуть продовжуватись і в дошкільні роки. Відповідно для дітей дошкільного віку, яких неадекватно виховували, існує ризик розвитку проблемних стосунків з однолітками. Окрім прямої ролі, яку примусове, грубе, непослідовне виховання може зіграти у розвитку поведінкових і емоційних проблем раннього дитячого віку, виявляється, що виховання може бути безпосередньо пов'язане з низькою готовністю до школи, неуспішністю у навчанні та неефективною саморегуляцією.

Знання факторів ризику створює для соціального працівника умови для успішної профілактики. Але важливо пам'ятати, що у багатьох індивідів, які зазнають впливу факторів ризику, емоційні та поведінкові проблеми не розвиваються. Адже виявлення факторів ризику і робота над ними становлять лише один із етапів профілактики. Інший складає робота із захисними факторами.

Фактори захисту.

Захисними факторами називають особистісні та середовищні характеристики, які повністю або частково вберігають від негативного впливу факторів ризику.

Часто зустрічаємо проблему, коли захисні фактори помилково вважають протилежністю факторів ризику (Rutter, 1990). Насправді ж, захисні фактори — риси особистості або навколишнього середовища, які опосередковують негативний вплив факторів ризику. Нерідко вважають, що захисними є фактори, які сприяють розвитку у людини компетентностей (здатності застосовувати знання, уміння, успішно діяти на основі практичного досвіду під час

розв'язання завдань у певній широкій сфері).

Розвиток соціальних компетентностей пов'язаний із розвитком емоційного контролю, готовності співпрацювати з однолітками і дорослими, здатності засвоювати та застосовувати соціальні правила та норми.

Розвитку соціальних компетентностей значно сприяють особливі моделі виховання. Баумрід назвав такий тип виховання «авторитетним». «Авторитетний» означає обізнане, розумне керування з повагою до чужої думки і прав, але за потреби не позбавлене директивності. Авторитарний — підхід, за якого цінується сліпа покора і концентрація влади.

Авторитетне виховання серйозно впливає на нормальний розвиток і до того ж може позитивно впливати на розвиток соціальної компетентності та хорошої успішності у дітей із антисоціальною поведінкою (Patterson, 1982).

З розвитком соціальної компетентності пов'язане встановлення здорових стосунків з однолітками, як і ефективне виховання й академічна успішність. Встановлення позитивних стосунків з однолітками у ранньому дитинстві прогнозує позитивні стосунки з рівними у майбутньому, краще психічне здоров'я і стійку самооцінку (Dishion et al., 1991, 1999).

Таким чином, основними захисними факторами є розвинені соціальні компетенції, адекватні стратегії виховання як у сім'ї, так і в навчальних закладах, і встановлення позитивних стосунків з однолітками.

Розлад	Фактори ризику	Фактори захисту
Депресивні розлади	• Генетика • Складні життєві події і травми • Накопичений життєвий стрес • Соціоекономічна депривація • Низька самооцінка • Приналежність до жіночої статі	• Генетика • Рівень інтелекту • Підтримка з боку значущих дорослих • Соціальна підтримка • Плани на майбутнє
Порушення поведінки	• Генетика • Приналежність до чоловічої статі • Сімейна дисфункція • Психопатологія у батьків • Соціоекономічна деривація • Зловживання психоактивними речовинами • Неадекватні батьківські навички • Проблеми з навчанням • Антисоціальні групи рівних • Низький рівень батьківського контролю	• Генетика • Інтелект • Конструктивні стосунки з особами-опікунами • Позитивні стосунки з однолітками • Позитивні стосунки з педагогами • Хороша успішність • Доступ до соціальних послуг • Просоціальні групи рівних • Ефективні батьківські навички • Ефективний батьківський контроль

Зловживання алкоголем і залежність від алкоголю	• Генетика • Неврологічні розлади • Антисоціальна поведінка в дитинстві • Погана успішність • Низька здатність до адаптації • Групова поведінка рівних • Соціоекономічна депривація • Активний пошук гострих відчуттів	• Генетика • Позитивні групові норми • Сильна прихильність до батьків • Доступ до послуг • Навички самовладання і подолання стресу
Фактори, спільні для багатьох розладів	• Генетика • Обмежений доступ до послуг • Мала вага при народженні • Складний темперамент • Складні стосунки між батьками • Соціоекономічна депривація • Середовищна деривація • Злочинність батьків • Психопатологія у батьків • Погана успішність • Мовні проблеми	• Генетика • Інтелект вище середнього • Соціальна компетенція • Адаптивні стосунки між батьками і дитиною • Надєжність до чоловічої статі • Навички розв'язання проблем • Внутрішній локус контролю • Адекватність навколишнього середовища • Чуйні батьки • Академічна компетенція • Адаптивні стосунки з дорослими (але не батьками) • Соціальна підтримка

9.4. Основні цільові групи селективної профілактики серед дітей і молоді

Охарактеризувавши фактори ризику і фактори захисту, можна виділити групи для селективної профілактики. Такі групи називають уразливими групами. Ступінь уразливості можна оцінити за допомогою сукупності факторів ризику і факторів захисту. Але важливо пам'ятати, що молодь, яка не зазнає впливу факторів ризику, може бути схильною до проблемної поведінки і навпаки. Також важливо розуміти, що фактори ризику і фактори захисту взаємодіють між собою, наприклад, інтенсивне експериментування з ПАР може спричинити регулярні прогули у школі, а регулярні прогули у школі можуть погіршити ситуацію з наркотиками. Враховуючи ці особливості, можна виділити наступні групи:

1. Діти, які перестали відвідувати школу або регулярно її прогулюють.

У межах школи та інших навчальних закладів особистість, крім навчання, реалізує ще безліч завдань: розвиток навичок спілкування з однолітками і значущими дорослими, розвиток навичок самоорганізації та розв'язання проблем тощо. Раннє виключення зі школи може спричинити порушення засвоєння цих навичок. Діти й підлітки, які прогулюють

ють школу, мають набагато обмеженіший доступ до соціальних і медичних послуг. Часті прогули і раннє виключення зі школи взаємопов'язані з ризиком втягнення до кримінальної діяльності і раннім початком вживання алкоголю та інших психоактивних речовин.

Приклади профілактичних втручань.

Профілактичні втручання можуть поділятися на профілактику прогулів і раннього виключення зі школи (як правило, такі програми здійснюються на базі шкіл) і програми альтернативної освіти для тих, хто вже не відвідує школу (ці програми реалізують на базі денних центрів і центрів роботи з громадянськостю).

Програми профілактики прогулів і раннього виключення можуть містити додаткові освітні курси для дітей, у яких виникають труднощі із засвоєнням програми, тренінги з розвитку соціальних навичок та індивідуальне психологічне консультування. Як правило, ці програми реалізуються від початкової школи з дітьми, які переживають труднощі у засвоєнні програми, або з дітьми зі складною поведінкою. Деякі програми передбачають і залучення батьків як співучасників учителів. Для батьків проводять тренінги з розвитку батьківської компетентності. Батьки включаються в освітній процес.

Альтернативні освітні програми (програми другого шансу). Серед занять — навчання роботи з деревом, металом, вироблення навичок роботи на комп'ютері. Такі програми можуть включати тренінги з набуття комунікативних навичок, розв'язання проблем, конструктивного розв'язання конфліктів. У деяких програмах передбачені заняття фізкультурою, спортивні ігри, групи дозвілля.

- 2. Неповнолітні правопорушники.** Існують як програми профілактики, спрямовані на допомогу підліткам, які скоїли правопорушення, пов'язані з наркотиками, так і програми для роботи з підлітками, які здійснили правопорушення у ширшому розумінні (крадіжки, насильницькі дії тощо). Зв'язок між правопорушеннями і вживанням наркотиків добре доведений. Ці фактори взаємозумовлені. У зв'язку з цим важливо реалізовувати програми селективної профілактики правопорушень у межах реабілітаційних програм для підлітків, які вживають наркотики. Також особливо потрібно вживати заходи з метою профілактики зловживання наркотиками в системі правосуддя.

Приклади профілактичних втручань.

У межах освітніх закладів довели свою ефективність профілактичні програми на основі відновлювального підходу до правопорушень: програми рівної медіації (проведення зустрічей для розв'язання конфліктів за участі посередника з-поміж підлітків), відновлювальні кола (конфлікти розв'язуються за участі шкільних спільнот), сімейні конференції (конфлікти розв'язуються за участі сім'ї та близьких правопорушника). Цей підхід дозволяє правопорушнику взяти на себе відповідальність за скоєне та зменшити завдану шкоду. Жертва може відновитися після травматичних подій. Ці програми сприяють примиренню жертви і правопорушника. Численні дослідження доводять, що вони знижують кількість конфліктів в освітніх закладах і розвивають в учнів

навички розв'язання конфліктів.

Поруч з програмами відновлювального правосуддя існують програми, що базуються на реабілітаційному підході до проблеми підліткових правопорушень. У їх основі — створення індивідуальної реабілітаційної програми для правопорушника й індивідуальна робота з реалізації даного плану (кейс-менеджмент, соціальний супровід, робота з випадком).

У багатьох країнах програми профілактики повторних правопорушень включають у себе групову роботу на базі пенітенціарних закладів або соціальних центрів (тренінги з розвитку, з вироблення навичок прийняття рішення, контролю гніву, складання бюджету, працевлаштування тощо). Ефективність даного підходу також доведена.

3. **Діти і підлітки, які почали вживати ПАР.** Як було сказано вище, вживання ПАР взаємопов'язане з іншими факторами ризику. Ця група підлітків неоднорідна. Значну її частину складають особи, що вживають ПАР епізодично. Таких підлітків потрібно відділяти від тих, у кого діагностовано залежність, тому що у них достатньо діаметрально відрізнятимуться потреби в соціальних послугах. Короткотерміновою метою профілактичного втручання у разі епізодичного вживання буде зменшення негативних наслідків використання ПАР. Довготерміновою метою буде уникнути розвитку залежності.

Приклади профілактичних втручань.

261

Неповнолітні споживачі ПАР набагато вразливіші перед загрозою інфікуватися ВІЛ, стати жертвою передозування чи нещасного випадку. Попри те, що на сьогодні у більшості країн колишнього Радянського Союзу розвиваються низькопорогові програми на основі стратегії зменшення шкоди, найчастіше вони не доступні для неповнолітніх споживачів наркотиків. Але вони потребують послуг подібних програм: програм обміну шприців, консультування в умовах аутріч-роботи, соціального супроводу.

Те ж саме можна сказати про доступ до програм лікування залежності. Більшість реабілітаційних центрів не пристосовані до потреб неповнолітніх пацієнтів. Ефективні програми для підлітків включають як індивідуальну і групову роботу, пов'язану із залежністю, так і заняття з розвитку життєвих навичок, розвиток батьківської компетентності у родичів, освітні програми і соціальну допомогу.

4. **Бездомні діти.** Діти, що живуть на вулиці — дуже неоднорідна група. Тут є діти, які мають дім і батьків, але більшість часу проводять на вулиці, спілкуючись із іншими вуличними дітьми, заробляючи гроші, харчуючись і розважаючись на вулиці. Є діти, батьки яких живуть в іншому регіоні, а також сироти. Крім того, наявні діти, що виховуються у бездомних сім'ях. Життя на вулиці пов'язане з високим ризиком розвитку поведінкових порушень: розвитку делінквентності, зловживання ПАР, агресивної поведінки та ін.

Приклади профілактичних втручань.

Профілактична робота з дітьми і підлітками повинна бути комплексною, і

її проводять на всіх рівнях: як на рівні вуличної роботи, так і в денних центрах, притулках. Бездомність часто супроводжується вживанням ПАР. Багато хто з дітей опинився на вулиці через жорстоке поводження вдома. Складаючи профілактичний план, потрібно враховувати особливості історії кожного клієнта і планувати роботу, виходячи з його індивідуальних потреб. Вона повинна включати в себе як індивідуальну соціальну роботу, так і групові заняття з набуття життєвих навичок і розвитку соціальної компетентності. На рівні спільноти використовують аутріч-роботу. Далі буде докладно описано можливості, які відкриває аутріч для профілактики.

5. Діти, що виховуються в умовах тривалого психологічного або фізичного насильства. Діти можуть зіткнутися з насильством як у сім'ї, так і у виховних закладах. Насильство надзвичайно негативно впливає на фізичне, психологічне і соціальне благополуччя дітей. У таких дітей часто проявляється відставання в інтелектуальному й емоційному розвитку. У них також часто виявляється дефіцит соціальних навичок. Ризик розвитку поведінкових порушень у дітей, що пережили подібний досвід, достатньо високий.

Приклади профілактичних втручань.

У цій ситуації потрібно працювати як із сім'єю чи офіційними опікунами, так і з дітьми. Особливу роль відіграє консультативна і тренінгова робота з розвитку батьківських компетентностей і налагодження ефективної взаємодії як між батьками, так і між батьками і дітьми.

Робота з дітьми може включати в себе індивідуальну і групову психотерапевтичну роботу з подолання наслідків жорстокого поводження. Окрім цього, корисним буде розвиток життєвих навичок як через групову, так і індивідуальну роботу.

Таким чином, спираючись на знання про фактори ризику і фактори захисту, ми можемо проаналізувати життєву ситуацію клієнта. Зважаючи на специфіку цієї ситуації, окрім безпосередньої соціальної допомоги, можна спланувати ефективну профілактичну програму, яка дозволить суттєво знизити ризик появи у клієнта багатьох проблем у майбутньому.

9.5. Рівні профілактики і форми профілактичної роботи

Залежно від факторів ризику/захисту, які переважають, профілактичну роботу можна проводити як на індивідуальному рівні, так і на рівні сім'ї і спільноти.

Індивідуальна профілактична робота.

Індивідуальний рівень профілактичної роботи спрямований на допомогу конкретній дитині/підлітку, яка опинилась у СЖО. Така робота має на меті зменшити вплив факторів ризику на конкретну дитину. Хоча в центрі уваги

соціальних працівників — клієнт, до профілактичної роботи можуть бути залучені близькі та ширше соціальне оточення. Це пов'язано з тим, що значущі фактори ризику можуть стосуватися сімейного благополуччя чи більш широкої соціальної ситуації клієнта.

Основною формою профілактичної діяльності на індивідуальному рівні є робота з конкретним випадком (case management або соціальний супровід).

За визначенням Американського товариства кейс-менеджменту (Case Management Society of America), «**кейс-менеджмент** — процес, у якому поєднується оцінка, планування, допомога і підтримка в отриманні послуг, які відповідають потребам здоров'я клієнта, і який здійснюється через спілкування і пошук доступних ресурсів для досягнення якісних і корисних результатів».

Кейс-менеджмент — досить поширений метод на Заході, його використовують в індивідуальній соціальній роботі з різними клієнтами: бездомними, пацієнтами лікарень, людьми, що живуть з ВІЛ, неблагополучними сім'ями, ув'язненими, що виходять на свободу, людьми похилого віку, емігрантами, у сфері відновлювального правосуддя, із залежними людьми тощо.

Завдання профілактичного кейс-менеджменту — як зменшення впливу факторів ризику на конкретну людину, так і розвиток факторів захисту. Він одночасно спрямований і на розв'язання психологічних, соціальних проблем, і проблем зі здоров'ям, і на роботу з соціальною системою, в якій живе клієнт (від направлення у різноманітні організації до адвокації).

Кейс-менеджмент — це процес, який має певні ключові стадії. Традиційні стадії кейс-менеджменту такі:

1. Вхідження в контакт — наприклад, через аутріч; визначення, чи підходить програма клієнту; залучення до програми.
2. Оцінка — визначення можливостей і потреб клієнта.
3. Планування, окреслення завдань — розроблення разом із клієнтом чіткого плану, який міститиме завдання, які відповідають потребам і використовують можливості, виявлені під час оцінювання. План повинен складатися з об'єктивних завдань, бути прив'язаним до часу, і його потрібно регулярно оновлювати.
4. Інтервенція — визначення послуг і видів допомоги, що відповідають етапу плану. Направлення клієнта туди, де він може отримати ці послуги й допомогу.
5. Моніторинг/оцінювання — перевірка того, чи працює план і чи дає його виконання очікувані результати.
6. Завершення — закриття випадку після того, як план виконано і з його допомогою досягнуто бажаного ефекту в задоволенні потреб, виявлених на стадії оцінки.

Оцінювання на початковому і завершальному етапах здійснюється, виходячи зі знання про фактори ризику/захисту. Розробляючи план, можна враховувати і особливості соціального життя клієнта. Близькі люди можуть бути додатковою підтримкою під час виконання плану. До плану за потреби можна ввести групові заняття з розвитку навичок усвідомлення і сприйняття емоцій, тренінги з розвитку комунікативних і соціальних навичок.

Програми кейс-менеджменту можуть бути організовані на базі медичних і освітніх закладів. Окрім того, кейс-менеджмент можна здійснювати у денних центрах.

Профілактична робота на рівні сім'ї.

Значна частина факторів ризику так чи інакше пов'язана з сімейним благополуччям, тому багато профілактичних програм спеціалізується на соціальній допомозі сім'ї. Ця робота може включати сімейне консультування, тренінги для батьків з розвитку батьківської компетентності.

Останнім часом під час роботи з сім'ями, які опинились у СЖО, дедалі популярнішим стає проведення сімейних конференцій (сімейних зборів). Генеза цієї форми роботи сягає традиційних практик розв'язання конфліктів у племенах маорі у Новій Зеландії. У кінці 80-х рр. сімейні конференції почали застосовувати в межах програм відновлювального правосуддя для неповнолітніх правопорушників (примирення жертв і правопорушників) у Новій Зеландії. Але досить швидко цей досвід було перенесено в інші країни, і зараз сімейні конференції застосовують для розв'язання широкого кола проблем: труднощі в навчанні, конфлікти з однолітками, важка хвороба одного з близьких. Головна думка, що лежить в основі проведення сімейних конференцій, полягає в тому, що сім'я може самостійно подолати проблеми.

До участі в конференції запрошують сім'ю в широкому розумінні (бабусь, дідусів, двоюрідних братів). Часто до конференцій приєднуються і близькі друзі сім'ї, а також інші важливі для сім'ї люди, учителі, священики. Конференцію скликає і проводить спеціально підготовлений координатор. Головні його завдання — забезпечити необхідні для конференції умови (зручний для всіх учасників час, приміщення та ін.), організувати процес конференції.

Конференція відбувається в три етапи. На першому етапі, крім членів сім'ї, беруть участь фахівці, що працюють із сім'єю. Спеціалісти почергово висловлюються з приводу випадку: що їх найбільше непокоїть, які вони бачать ресурси, які виникають проблеми. Сім'я може ставити запитання, уточнювати деталі. На наступному етапі фахівці, включно з координатором, залишають кімнату, сім'я залишається сама. Їм пропонують скласти план виходу з ситуації. План сім'я розробляє самостійно. Коли план готовий, фахівці повертаються до кімнати, і сім'я представляє розроблений план. Його обговорюють разом з фахівцями і затверджують. Умовою прийняття плану є одностайна підтримка.

Ця форма роботи дозволяє мобілізувати ресурси сім'ї. Такі конференції сприяють об'єднанню родини. Окрім цього, сім'я виступає як активний учасник процесу розв'язання складної життєвої ситуації, а не тільки як пасивний об'єкт допомоги.

Профілактична робота зі спільнотами.

На даному рівні профілактичний вплив спрямований на спільноту. Під спільнотою можна розуміти людей, які проживають на одній території, або людей, об'єднаних спільними інтересами, потребами або проблемами. Цей рівень профілактики має особливе значення під час роботи з дітьми і підліт-

ками, що живуть на вулиці, тому що дуже часто вони не живуть самотньо, як правило, включені до різних спільнот. Основною формою профілактичної роботи зі спільнотою є аустріч-робота.

Аустріч-робота (з англійської, outreach — «досягати зовні») — це вид соціальної роботи з важкодоступними групами населення на їхній території, тобто там, де перебувають клієнти. У випадку з безпритульними дітьми — це вокзали, підвали, вулиці й інші місця, де можна відверто поспілкуватися з дитиною. В Україні на державному рівні та в державних установах аустріч-роботу називають «мобільна соціальна робота» або вулична соціальна робота.

Як метод аустріч виник у Великобританії, проте сама модель набула значного поширення у США і країнах, що розвиваються. Спершу призначенням аустріч було надавати часткову освіту з питань здоров'я і попередження поширення ВІЛ-інфекції. Проте згодом цілі та завдання аустріч-роботи стали ширшими й різноманітнішими. Як правило, це робота з так званими маргінальними групами, як: працівники комерційного сексу, споживачі наркотиків, вуличні діти, чоловіки, що мають секс із чоловіками, неформальні молодіжні угруповування, біженці, девіантні підлітки та ін. Втім, як було доведено, аустріч-робота ефективна не лише щодо відокремлених груп. Відомі успішні випадки її застосування у звичайній соціально-просвітницькій діяльності, наприклад, у попередженні дитячого насильства або поширенні інформації щодо охорони здоров'я.

Аустріч використовують не тільки для кращого охоплення клієнтів і надання їм послуг, але й для роботи з цінностями **розвитку і зміцнення спільноти**. Дослідження і позитивний досвід засвідчують, що аустріч-працівники стають «каталізатором» змін у спільноті, допомагають клієнтам захищати свої інтереси і мотивують на досягнення.

Аустріч-робота — **сполучна ланка** між закритими цільовими групами і громадськими інституціями. Усім відомо, що такі заклади, як лікарні, наркодиспансери, кабінети психологів, дільниці навряд чи можуть пишатися великою популярністю серед наших клієнтів. Тому аустріч-робота стала знахідкою для працівників охорони здоров'я, які втратили надію «заманити» клієнтів для обстеження або лікування.

І нарешті аустріч — достатньо успішний **метод локальних досліджень**. Це знову ж таки питання доступу до клієнтів, який у аустріч-працівників вищий. Довіра з боку клієнтів дозволяє їм опитувати цільову групу щодо найбільш подразливих, «тонких» тем.

Як і будь-яка соціальна робота, аустріч охоплює **два рівні**.

На першому, індивідуальному, аустріч-робота ставить за мету досягати стійких і стабільних змін у ризикованій поведінці людини в бік менш ризикованої, а в ідеалі — безпечної. За допомогою різноманітних технік, а також позитивних прикладів і авторитету аустріч-працівники мотивують окремо кожного клієнта підтримати ідею безпечної поведінки.

На другому рівні, груповому, аустріч-робота має на меті стимулювати соціально-культурні зміни у цільовій спільноті. Так, якщо це діти вулиць, то аустріч-працівники допомагають їм активізувати навички своєчасного звернення до служб, сформувати мережу «довіри» — неформальний список служб, які пройшли тестування клієнтів, навчитися і прагнути обстоювати свої інтереси, проблеми тощо.

Аутріч-робота з дітьми вулиці у сфері профілактики ВІЛ і ІПСШ може бути спрямована на:

- розширення знань про менш ризиковане споживання наркотиків і безпечний секс;
- формування більш позитивного ставлення з боку клієнтів до менш ризикованої поведінки;
- краще усвідомлення загальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям у спільнотах;
- зміну соціальних норм, ставлення тощо.

Таким чином, завданнями аутріч-роботи з дітьми вулиці є:

- встановлення/підтримання контакту з групами/компаніями дітей і окремими клієнтами;
- збирання інформації про те, що відбувається, яка ризикована поведінка практикується, які наркотики вживаються, які проблеми цільової групи тощо;
- радити й надавати інформацію (де знайти лікаря, юриста, певні послуги, здобути освіту і т.ін.);
- направляти до інших служб допомоги, дитячих і підліткових закладів, на терапевтичні програми та ін.;
- допомога і підтримка (у разі психосоціальних проблем, коли направити до інших служб допомоги неможливо і т.ін.);
- профілактика і мотивація (інформування про здоров'я, секс, вживання наркотиків або алкоголю, менш ризиковане вживання і зменшення шкоди, гігієну та ін.);
- представлення інтересів цільових(-ої) груп(-и).

Форми аутріч-роботи з дітьми вулиці

Форма роботи	Місце	Принципи роботи
Відкрита	У місцях відкритих зустрічей (парки, зупинки, будівництва тощо)	Принцип рівності й доступності
Напіввідкрита	У дружніх для клієнтів закладах (кафе, заправки)	Принцип обмеженого доступу
Закрита	У закритих місцях зустрічі (квартири, підвали, дачі)	Принцип адресності
Мережева	У мережах і референтних групах (компаніях)	Принцип «снігової грудки»

Чи залучати до аутріч-роботи з дітьми вулиці рівних консультантів?

Рівний консультант — людина, що має досвід, схожий на досвід клієнта, і перебуває (чи перебувала) у подібній ситуації чи потерпала від схожої проблеми. У нашому випадку — це нинішній чи колишній вуличний/кризовий підліток. У разі, якщо підліток усе ще живе на вулиці, у менеджера профілактичної програми виникає низка законодавчих і етичних труднощів. А от варіант

аутріч-працівника серед колишніх кризових дітей має як плюси, так і мінуси.

Переваги аутріч-працівників із цільової групи:

- Вони — органічна частина спільноти.
- Добре знають місця перебування клієнтів і їхні звички.
- Добре обізнані з правилами і нормами спільноти і її підгруп, компаній дітей.
- Часто контактують з іншими представниками цільової групи, мають серед них друзів і знайомих.
- Добре розуміють проблеми і страхи, тривоги й умовності всередині спільноти.
- Можуть охопити своїми послугами більше клієнтів, краще встановлюють контакт.

Недоліки аутріч-працівників із цільової групи:

- Можуть поновлювати або зав'язувати надто близькі стосунки з рівними собі.
- Висока «плинність» кадрів.
- Підготовка працівників потребує значних ресурсів.
- Недостатня компетентність.
- Можливість нашкодити аутріч-працівнику.

Аутріч-робота особливо успішна у профілактичних проектах, якщо вона — частина профілактичного циклу/системи:



Принципи здійснення аустріч-роботи:

- Принцип неагітації: аустріч-працівник не здійснює жодної агітаційної роботи; всі моменти втручання і залучення клієнтів із середовища відбуваються на засадах добровільності та співпраці між працівником і клієнтом.
- Принцип підтримки: в своїй роботі аустріч-працівник повинен пам'ятати, що як його робота є частиною підтримки клієнтів, так і для аустріч-працівника всі клієнти є рівними і такими, які потребують допомоги і заслуговують на неї.
- Принцип рівності і доступності послуг: аустріч-працівник має забезпечувати доступ до своїх послуг та послуг соціальних служб на базі рівних можливостей. Винятком з цього правила є випадки, за яких необхідно керуватися принципом адресності чи обмеженого доступу до послуг. Такі випадки мають визначати й обговорювати координатори. Аустріч-команди базуються на взаємодопомозі, підтримці і взаємозамінності працівників.
- Принцип пріоритету безпеки: за будь-яких умов основний визначальний чинник у здійсненні аустріч — безпека працівника. Дотримання правил безпеки є обов'язком аустріча.
- Принцип конфіденційності: аустріч-працівник повинен дотримуватися політики організації, яка визначає межі та потрібні засоби дотримання конфіденційності в роботі аустріча.

Оскільки успішність діяльності аустріч-працівника залежить від довірливих стосунків з клієнтами, але водночас ґрунтується на збереженні професійних меж спілкування, то дуже важливими є **етичні принципи** аустріч-роботи:

1. Аустріч-працівник завжди повинен слідувати за розмежуванням особистих і робочих зв'язків в середовищі дітей вулиці. Це стосується також дотримання правил безпеки у разі сексуальних домагань з боку клієнтів, пропозицій вжити психотропну речовину тощо.
2. Аустріч-працівник повинен виявляти толерантність до всіх груп всередині вуличного середовища і до всіх особливостей спільноти.
3. Необхідною умовою здійснення аустріч є виявлення щирості та чесності з клієнтами.
4. Аустріч-працівник повинен виявляти приязність і відкритість щодо клієнтів.
5. Аустріч-працівник повинен докласти всіх зусиль для дотримання професійних меж в роботі, навіть якщо аустріч має неформальний характер.
6. Аустріч не повинен вживати алкоголю чи наркотиків під час роботи. Курити можна лише далеко за межами місця проведення аустріч.
7. Безпека аустріч-працівника — спільна відповідальність організації та аустріч-працівника. Дотримання правил безпеки є необхідною умовою.

Деякі державні та недержавні організації розробляють свої власні інструкції для аустріч-команд зі специфічними вимогами чи правилами. Як правило, це стосується етичних принципів та безпеки аустріч-працівника, як, на-

приклад, в Інструкції для спеціалістів соціальної роботи, волонтерів щодо проведення вуличної соціальної роботи в територіальній громаді м. Києва (див. додаток №1).

Яким же має бути аутріч-працівник, що працює з вуличними, кризовими дітьми і девіантними підлітками? Кандидат повинен поділяти принципи і цінності роботи зі спільнотою, мати високу мотивацію і низьку тривожність щодо роботи на вулиці. Крім того, для реалізації цілей і завдань аутріч-працівник повинен опанувати наступні навички:

- Комунікативні навички.
- Мотиваційне інтерв'ю/техніки мотивування.
- Короткотермінове консультування, орієнтоване на розв'язання проблеми.
- Стратегії роботи зі «складними клієнтами».
- Інформаційне консультування.
- Супровід і направлення до інших служб.
- Групове консультування.
- Техніки підтримання контакту з клієнтом.

Аутріч-роботу можуть виконувати як лікарі, психологи, фахівці з соціальної роботи, так і спеціально підготовлені представники вразливих груп.

Додаткові можливості для роботи зі спільнотами відкривають дро-ін-центри (центри з роботи зі спільнотами, денні центри). Як правило, призначення таких центрів — надавати комплексну допомогу різним цільовим групам. Тут представники цільової групи можуть поїсти, помитися, отримати одяг і допомогу професіоналів. Але, окрім надання традиційних послуг, денні центри можуть бути базою для профілактичної роботи зі спільнотою. Денні центри — хороший майданчик для проведення групових занять з розвитку соціальних навичок. Також тут можна навчати базових професійних навичок. За запитом цільових груп можна організовувати групи за інтересами, дискусійні клуби тощо.

Таким чином, профілактика — це багаторівневий процес, який включає різні форми профілактичної роботи. Успішність профілактики багато в чому залежить від збалансованості даних форм роботи.

9.6. Загальні принципи профілактики ВІЛ/СНІДу серед дітей і підлітків

Важливість профілактичних заходів саме для цієї групи населення:

- Молоді люди — це група населення, для якої ризик інфікування найвищий; до неї входять працівники секс-бізнесу і їхні клієнти, чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками, і споживачі ін'єкційних наркотиків.
- Сироти чи напівсироти, молоді люди з бідних сімей, а також ті, які перебувають у тяжкому становищі з інших причин, особливо вразливі.

- За генералізованої епідемії 40% усіх нових випадків інфікування ВІЛ реєструють серед молодих людей віком від 15 до 24 років, при цьому дівчата і жінки потерпають непропорційно частіше, що робить їх ще однією пріоритетною групою для профілактики ВІЛ.

Заходи, спрямовані на профілактику ВІЛ серед дітей і підлітків:

- Просвіта через однолітків та інформаційно-просвітницька робота на місцях серед молоді, що не відвідує школу, дітей і підлітків, залучених до секс-бізнесу, і дітей з вулиці.
- Включення до програми шкіл та інших організованих колективів питань ВІЛ, гендеру, статевого і репродуктивного здоров'я і вживання наркотиків; розв'язання проблем гендерної нерівності за допомогою вироблення життєвих навичок у хлопчиків і дівчаток.
- Проведення кампаній за соціальні зміни з метою розв'язати проблеми секс-бізнесу і сексу між представниками різних поколінь.
- Забезпечення доступу до комплексної статевої освіти.
- Забезпечення доступу до потрібних молоді медичних послуг, консультування і тестування на ВІЛ.
- Усунення правових бар'єрів на шляху отримання доступу до послуг із профілактики і догляду, зокрема до отримання презервативів.
- Залучення батьків і дорослих до заходів із профілактики та підвищення рівня поінформованості щодо ВІЛ, які проводяться через місцеві заклади освіти.
- Проведення кампанії у засобах масової інформації для підвищення рівня поінформованості, організації громадських дебатів, зниження стигматизації та пропаганди гендерної рівності.

Жінки і дівчата

Важливість профілактичних заходів саме для цієї групи населення:

- Жінки і дівчата особливо вразливі до ВІЛ-інфекції. Ймовірність інфікування молодих жінок віком від 15 до 24 років у три-чотири рази вища, ніж молодих чоловіків, причому рівень поширення інфекції серед жінок зростає у всіх регіонах і в більшості країн.
- Сексуальний примус і насильство, відсутність можливості у жінок домовитися про безпечний секс, інші фактори гендерної нерівності, а також бідність призводять до того, що більшість вразливих дівчат і жінок не може прийняти стратегію утримання, вірності й використання презервативів.
- Надто мало дівчат і жінок має доступ до інформації, освіти щодо питань статевого життя і послуг для захисту репродуктивного здоров'я, які надали б їм більше можливостей для профілактики ВІЛ.

Заходи, спрямовані на профілактику ВІЛ серед жінок і дівчаток:

- Комплексні заходи для захисту репродуктивного здоров'я для всіх дівчат і жінок з низьким порогом доступу.

- Створення безпечних віртуальних або реальних місць (наприклад, гарячих ліній або центрів прийому без попереднього запису), де жінки і дівчатка можуть отримати інформацію та направлення до служб, які надають послуги з профілактики ВІЛ, лікування, догляду і підтримки.
- Регулярні кампанії в засобах масової інформації, спрямовані на усунення соціальної та гендерної нерівності, небезпечних сексуальних норм, подолання секс-бізнесу та стигматизації, а також на забезпечення прав жінок, включаючи участь і керівництво з боку чоловіків.
- Впровадження законів і політики, які забороняють насильство щодо жінок, зокрема примус до сексу і зґвалтування; надання правової і фінансової підтримки для застосування законодавства.
- Гендерна рівність у сфері освіти, працевлаштування, отримання кредитів і дотримання законодавства (включаючи право на успадкування і володіння власністю).
- Програми, спрямовані на забезпечення доступу до отримання презервативів, добровільного консультування і тестування на ВІЛ, консультування пар; програми для підтримки практики добровільного розкриття статусу і профілактики передачі інфекції від одного з батьків до дитини.
- Участь чоловіків і хлопчиків у профілактиці ВІЛ і зменшенні гендерної нерівності.

9.7. Психокорекційна робота з дітьми і підлітками — споживачами ПАР

271

Лікування наркотичної залежності та реабілітацію умовно можна поділити на 3 етапи:

1. Етап дезінтоксикації включає:
 - симптоматичне лікування абстинентного синдрому;
 - психосоціальне консультування;
 - консультування з питань ВІЛ/СНІДу.
2. Профілактика рецидиву включає:
 - психосоціальне консультування;
 - психотерапію;
 - Соціальну/трудову реінтеграцію;
 - Групи взаємодопомоги (наприклад, «анонімні наркомани»);
 - консультування щодо ВІЛ/СНІДу;
3. Подальше обслуговування включає:
 - психосоціальну підтримку;
 - соціальну/трудову реінтеграцію;
 - групи взаємодопомоги;
 - інформування про ВІЛ/СНІД та інші інфекції, що передаються через кров;

- забезпечення чистими шприцами;
- інформування щодо ризику передозування;
- базові послуги для виживання;
- консультації з медичних, побутових і правових питань.

Реабілітація неповнолітніх, які зловживають ПАР, розглядається як система виховних, психологічних, освітніх, медичних, соціальних, правових, трудових заходів, спрямованих на відмову від ПАР, з формуванням стійкого антинаркотичного спрямування особистості, на ресоціалізацію і реінтеграцію в суспільство колишніх споживачів ПАР. Тобто зміст реабілітації визначається не тільки самою хворобою, але й віком пацієнта. Справедливою є теза про те, що потенціал розвитку дитини значний і зі структуруванням і розкриттям особистості деякі вікові проблеми зникають природно. Це в певному розумінні усуває підстави для подальшої наркотизації та вживання інших ПАР.

Принциповим є положення про те, що реабілітація неповнолітніх, які вживають наркотики чи інші ПАР, — це комплексна, але значною мірою педагогічна (виховна) діяльність, яку повинна здійснювати команда фахівців: педагогів, психологів, медичних і соціальних працівників. Створення необхідних умов для особистісного зростання і соціалізації призводить до компенсації стану і повертає неповнолітнього до нормативного життєвого циклу в суспільстві.

Як мету реабілітації розглядають повернення неповнолітнього до життя в суспільстві на основі відновлення фізичного і психічного здоров'я, відмови від ПАР, відновлення (або формування) його нормативного особистісного і соціального статусу.

Вказаної мети досягають за допомогою розв'язання конкретних завдань реабілітації неповнолітніх, які зловживають ПАР.

Основні завдання реабілітації:

1. Формування у неповнолітнього мотивації (установки) на остаточну відмову від вживання наркотиків та інших ПАР.
2. Формування усвідомленої мотивації на включення до реабілітаційного процесу і подальшу участь у ньому.
3. Корекція і розвиток структури особистості неповнолітнього через забезпечення позитивного особистісного розвитку і набуття соціальної компетентності шляхом функціонування в умовах реабілітаційного середовища.
4. Створення у реабілітаційному закладі для неповнолітніх, які зловживають ПАР, реабілітаційного середовища, що впливатиме на відновлення і формування соціально прийнятних особистісних і поведінкових навичок (якостей), сприятиме реадaptaції і ресоціалізації неповнолітніх.
5. Здійснення виховної і освітньої діяльності на всіх етапах реабілітації, враховуючи особливості неповнолітніх споживачів ПАР.
6. Здійснення комплексу терапевтичних заходів, спрямованих на дезактуалізацію патологічного потягу до ПАР, усунення психічних і соматичних порушень, запобігання зривам і рецидивам.

7. Реорганізація життєвого середовища, відновлення сімейних стосунків, корекція стосунків з основними значимими іншими особами на основі роботи як із самим неповнолітнім, так і з його найближчим соціальним оточенням.

8. Формування реальної життєвої перспективи на основі продовження освіти, розвитку трудових навичок, правового захисту і забезпечення соціальної підтримки неповнолітнього.

Розв'язання подібних завдань починається з діагностики, у процесі якої оцінюється потенціал здоров'я і особистості неповнолітнього, що зловживає ПАР, його можливості, враховуючи його життєву ситуацію, можливості соціальної взаємодії зі значущими іншими особами та системи соціальної підтримки, до яких він включений, тобто враховуючи його реабілітаційний потенціал (далі — РП). Це динамічна клінічна діагностика, а також особистісна і соціальна характеристика, які пронизує всі стадії формування залежності від ПАР і соціального функціонування пацієнта. Ця характеристика змінюється пропорційно інтенсивності й тривалості реабілітаційного процесу. Рівень РП — характеристика, що дозволяє диференційовано й оптимально використати можливості дитини або підлітка і реабілітаційного середовища, реабілітаційних програм і технологій.

Реабілітацію здійснюють згідно з наступними принципами.

Добровільна згода на участь у реабілітаційних заходах. Цей принцип передбачає отримання згоди неповнолітнього пацієнта (або його законного представника) на участь у реабілітаційному процесі. Згоду доцільно зафіксувати, підписавши між неповнолітнім (або його законним представником), з одного боку, і реабілітаційним закладом, з іншого, угоду або контракт, де буде вказано права і обов'язки сторін, умови, за яких можливе дострокове розірвання угоди.

Припинення вживання ПАР. Принципово сформувати мотивацію (установку) пацієнта на цілковиту відмову від усіх основних видів ПАР.

Конфіденційність. Усі учасники реабілітаційного процесу повинні поважати право дитини на нерозголошення інформації щодо її участі в реабілітації. Передача інформації третім особам можлива тільки за згоди самих неповнолітніх або їхніх законних представників, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

Системність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми будуються на поєднанні та координації комплексу виховних, освітніх, психологічних, медичних та інших реабілітаційних заходів і на інтеграції зусиль усіх зацікавлених осіб. Системність реабілітаційного процесу забезпечується узгодженими зусиллями спеціалістів різного профілю, які взаємодіють в одній структурі (команді, бригаді).

Етапність реабілітаційних заходів. Процес реабілітації будують поетапно, враховуючи об'єктивну оцінку реального стану неповнолітнього і його закономірної динаміки. Виділяють наступні основні етапи реабілітації: початковий (входження в реабілітаційну програму), розгорнутий, завершальний (вихід із реабілітаційної програми).

Позитивна спрямованість реабілітаційних заходів. Позитивно орієнтованому впливу надається пріоритет перед негативно орієнтованими санкціями і покараннями. Замість хронічно конфліктних стосунків із нормативним соціумом у неповнолітніх виробляється позитивна особистісна спрямованість. Це досягається через орієнтацію реабілітаційних заходів на прийняття, підтримку, заохочення. Створюється атмосфера, яка забезпечує особистісне зростання й розвиток.

Відповідальність. З перебігом реабілітаційного процесу неповнолітні стають дедалі більш самостійні, навчаються приймати і втілювати відповідальні рішення, звільняються від гіперопіки. Особливе значення має самостійне відповідальне рішення про відмову від ПАР.

Включення до реабілітації значущих інших осіб (ЗІО). Цей принцип передбачає консультування, а також діагностику і корекцію проблем, які існують у членів сім'ї та ЗІО з найближчого оточення неповнолітніх. Участь ЗІО у процесі реабілітації спеціально обумовлюється в контракті, щоб працювати з реальними проблемами.

Реорганізація життєвого середовища і формування реабілітаційного середовища. Цей принцип передбачає різнобічну підтримку соціально прийнятної поведінки і відповідних змін способу життя неповнолітнього через вплив на всі складові життєвого середовища. Сам процес реабілітації вимагає створення спеціального реабілітаційного середовища, яке матиме терапевтичний вплив на неповнолітнього.

274

Диференційований підхід до реабілітації різних груп неповнолітніх. Передбачається наявність спектра диференційованих реабілітаційних програм, серед яких, враховуючи реабілітаційний потенціал неповнолітнього, обирають таку, що відповідає показанням і протипоказанням.

Постійна підтримка неповнолітнього. Неповнолітньому, що зловживає ПАР, надають комплексну соціальну й особистісну підтримку як протягом періоду участі в реабілітаційній програмі, так і після її завершення.

За структурою процес реабілітації поділяється на три взаємопов'язані блоки:

- блок, що передує основній програмі реабілітації;
- основна програма реабілітації;
- блок, який реалізують після завершення основної програми реабілітації.

Блок, що передує основній програмі реабілітації

Основна мета заходів, які здійснюють у цьому блоці, — консультування і мотиваційний вплив. Неповнолітні, що зловживають ПАР, можуть отримати консультативну допомогу в найрізноманітніших структурах. До них належать:

- спеціальні консультативні пункти;
- телефони довіри;
- комісії зі справ неповнолітніх;
- освітні заклади;

- медичні заклади (як спеціально призначені для надання допомоги неповнолітнім, що зловживають ПАР, так і заклади з іншою спеціалізацією. При цьому особливе значення має організація консультативної допомоги і здійснення мотиваційного впливу в закладах, які надають наркологічну або психіатричну допомогу, допомогу у випадках отруєння, інфекційних хвороб);
- заклади соціальної допомоги;
- організації, що займаються вуличною роботою;
- місця дозвілля;
- громадські організації;
- групи само- і взаємодопомоги;
- ЗМІ.

Особливе значення має також інформація, що поширюється серед власне споживачів ПАР.

Для надання консультативної допомоги потрібно підготувати друковані матеріали, що вмішуватиме відповідну інформацію. Для працівників закладів та організацій потрібно провести спеціальні тренінги та забезпечити їх навчальними посібниками.

Блок основної програми реабілітації

Важливо сформувати реабілітаційну команду, здатну допомогти неповнолітнім розв'язувати медичні, психологічні і соціальні проблеми, пов'язані зі зловживанням ПАР. Команда — це передусім функціональна система, для якої особи, залежні під ПАР, і члени їхніх сімей є системоутворючим фактором. Члени команди (педагог, лікар, психолог, соціальний педагог, соціальний працівник) повинні чітко уявляти межі своїх професійних можливостей і готувати основу для поступового переходу неповнолітніх від медично-психологічного до соціального етапу реабілітації.

Реабілітацію неповнолітніх можна здійснювати як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. Перевагу необхідно надавати проведенню резидентської реабілітації підлітків в умовах стаціонарного реабілітаційного центру (РЦ). Програма реабілітації містить наступні компоненти:

- 1) організація реабілітаційного середовища;
- 2) психотерапевтичний (психокорекційний);
- 3) виховний;
- 4) освітній;
- 5) соціотерапевтичний.

Організація реабілітаційного середовища. Реабілітаційне середовище (РС) створюють для забезпечення терапії за допомогою середовища, за якого функціонування РЦ має психокорекційний вплив. Діяльність РЦ, реалізація в ньому програми реабілітації здійснюються на основі внутрішнього розпорядку, визначеного положенням про РЦ і його статутом. У РЦ створюється і діє основний корекційний механізм РС — корекція поведінки й особи під час спільного проживання. Робота РЦ як ефективного реабілітаційного тера-

певтичного середовища реалізується через особливі спільні заходи: загальні та групові збори; процедури прийому нових пацієнтів, переходу пацієнтів з етапу на етап реабілітації або згідно з внутрішньою ієрархією.

Використовуються чіткі правила, що містять ряд обмежень, заохочень і покарань. Функціонування РС максимально структуроване, день заповнений безліччю видів соціально корисної активності.

Психотерапевтичний (психокорекційний) компонент. Психотерапевтична (психокорекційна) робота може бути індивідуальною або груповою. Групову психотерапевтичну (психокорекційну) роботу можна здійснювати як у межах однієї великої групи, що включає всіх членів спільноти, так і в закритих малих групах. Перевага надається розвиваючим груповим психотерапевтичним методикам, які орієнтовані на потенційні ресурси особистості та забезпечують особистісне зростання і розвиток. Під час занять закріплюються навички конструктивного, змістовного спілкування, а також розпізнавання, об'єктивного оцінювання та регуляції своїх почуттів.

Неповнолітні, порівняно з дорослими, менш здатні брати участь у традиційних терапевтичних групах. Такі психотерапевтичні (психокорекційні) групові заняття проводять в обмеженій кількості, як правило, у зв'язку з конкретними випадками і ситуаціями. Основна форма групових занять — ігрова, незалежно від їхнього змістового наповнення конкретними психотерапевтичними техніками (методиками). Групову роботу потрібно проводити не тільки з пацієнтами РЦ, але і з їхніми родичами (розв'язання проблем співзалежності, особистісна корекція).

Виховний компонент. За кожним педагогом закріплюється група неповнолітніх пацієнтів. Персонал виступає у ролі моделей ЗІО для підлітків-реабілітантів. Звернення до неповнолітніх із позицій нормативної рольової моделі активізує відповідні сфери особистості та спонукає її до відповідальної поведінки. Паралельно працюють із реальними ЗІО, про що попередньо домовляються під час підписання контракту.

Освітній компонент. Пацієнти, що перебувають у РЦ, отримують можливість продовжувати освіту в стінах самого РЦ або поза його межами. У РЦ рекомендовано створити умови для здобуття додаткової освіти.

Соціотерапевтичний компонент. Забезпечення постійної зайнятості неповнолітніх пацієнтів — основоположний принцип реабілітації. Тривале застосування соціально позитивних форм активності перешкоджає патологічному функціонуванню, сприяє розвитку нормативних сторін особистості й досягненню соціальної зрілості. Структурування часу й забезпечення організованої зайнятості (до 14 год. на добу) досягається через терапевтичні заняття, самообслуговування, працю, навчання і дозвілля. Трудові процеси в РЦ розглядаються як частина розвиваючого середовища, що забезпечує постійний тренінг трудових навичок, передусім вироблення здатності до регулярної праці.

Перебування пацієнтів у РЦ певною мірою моделює їхнє функціонування у великій спільноті та забезпечує засвоєння потрібних соціальних навичок. Соціально-психологічний тренінг здійснюється також під час групових занять. Із просуванням у програмі стимулюється самостійність пацієнтів у конкретному розв'язанні індивідуальних проблемних ситуацій.

Етапи основної програми реабілітації

Програма реабілітації може бути розрахована на період від 6 до 12 місяців залежно від стану неповнолітнього пацієнта. Програма реабілітації складається з трьох основних послідовних етапів її реалізації.

I. Початковий етап (вхід у програму)

Тривалість першого етапу — до 2 місяців. Основні завдання, які розв'язують на цьому етапі:

- обстеження, тестування, консультування;
- засвоєння хворими правил організації життєдіяльності РЦ;
- орієнтація й адаптація у РЦ;
- залучення до реабілітаційної активності;
- формування мотивації;
- компенсація можливих порушень здоров'я.

Певний час неповнолітній перебуває в становищі спостерігача і визначає для себе, чи готовий він взяти участь у діяльності даного РЦ. На першому етапі реалізації програми активно використовуються всі її складові: терапія середовищем, терапія зайнятістю, психолого-психотерапевтичний і оздоровчий вплив. Неповнолітній перебуває у статусі новачка з обов'язковим виконанням усіх вимог і обмежень, які накладає цей статус і регламент роботи РЦ.

277

II. Розгорнутий етап (основний етап)

Тривалість другого етапу — до 6-8 місяців. Основні завдання, які розв'язують на другому етапі:

- максимальна інтеграція неповнолітніх у режим життєдіяльності і структуру РЦ, засвоєння всіх його норм і правил;
- активна участь у психокорекційних і психотерапевтичних заходах;
- включеність у різні форми групової роботи і в трудові процеси;
- реалізація виховних і освітніх програм;
- істотне покращення здоров'я.

Першу половину даного етапу зазвичай визначають як фазу нестійкого стану. У ній спостерігається суттєва залежність неповнолітніх від позитивного впливу групи, середовища, терапевтичного режиму, в зв'язку з чим максимально активно використовується вся шкала обмежень, позитивних і негативних санкцій.

Другу половину етапу розглядають як фазу стійкого стану. Неповнолітні успішно функціонують у межах РС, позитивно сприймають його стандарти; заохочується дедалі більша особиста відповідальність, активність і автономність.

III. Завершальний етап (вихід із програми)

Тривалість третього етапу — до 2-3 місяців. Основні завдання, які

розв'язують на цьому етапі:

- активне використання набутих у процесі реабілітації навичок у реальних життєвих ситуаціях;
- підготовка неповнолітніх до виходу з РЦ;
- закріплення і реалізація навичок відповідальної самостійної поведінки;
- досягнення задовільного рівня здоров'я, відновлення здатності продовжувати освіту й працювати;
- відновлення стосунків із найближчим нормативним соціальним оточенням.

Під час початкового періоду ведеться активна підготовка до виходу з РЦ — неповнолітній і далі проживає в ньому, на короткий час виходячи з РЦ. Під час фінального періоду реалізуються дедалі частіші й триваліші (до кількох днів) виходи з РЦ, використовується можливість роботи або продовження навчання за межами РЦ.

Блок, який реалізують після завершення основної програми реабілітації

Перед виходом з реабілітаційної програми (або РЦ) реабілітаційна бригада вирішує питання про забезпечення наступності підтримувальних і проти-рецидивних заходів, надання соціальної підтримки неповнолітньому.

278

Передусім таку допомогу неповнолітньому може надати амбулаторний підрозділ реабілітаційного закладу. У випадку, якщо неповнолітній перебуває на обліку в наркологічному або психоневрологічному диспансері і був звідти направлений в реабілітаційну структуру, то за погодженням з родичами він може перебувати під наглядом таких диспансерів.

Не зважаючи на те, що неповнолітній і після завершення основної програми реабілітації завжди повинен мати можливість повернутися до реабілітаційної структури або відвідувати її час від часу, наприклад, на вихідні, головний зміст даного блоку — робота з реальною життєвою ситуацією і середовищем пацієнта.

Якщо проживання в реальних умовах передчасне або небезпечне для неповнолітнього, йому потрібно надати безпечне житло. Це можуть бути так звані «домівки на півдорозі», гуртожитки, інші молодіжні структури. Розвиток цього напрямку реабілітації пов'язаний також із формуванням інших підрозділів соціальної допомоги дітям (служби довіри, притулки, соціально-реабілітаційні центри).

Проте на практиці неповнолітній, як правило, повертається до своїх батьків. При цьому критично важливою стає здатність сім'ї стати для неповнолітнього продовженням реабілітаційного середовища.

Ефективність реабілітаційного впливу оцінюється в його етапній динаміці — на основі спеціального тестування, а також даних моніторингу. Оцінка має системний характер: утримання від ПАР — це важливий, але не єдиний показник. Основний показний — повернення в суспільство і відновлення функціонування в нормативному оточенні, тобто оцінюються і показники якості життя.

У більшості професійних реабілітаційних програм наявні наступні психотерапевтичні елементи:

1. Індивідуальна психотерапія або консультування, що включає проблемно-орієнтовану психотерапію.
2. Тренінг соціальних навичок, включно з тренінгом асертивності.
3. Різні форми групової психотерапії, включаючи психодраматичні техніки та рольовий тренінг.
4. Психічна саморегуляція.
5. Сімейна терапія.
6. Екзистенціальна терапія.
7. Арт-терапія.

Окремо необхідно окреслити таку обов'язкову складову реабілітаційних програм, як поведінкова терапія, принципи якої покладено в основу організації реабілітаційного середовища. Нині поведінкову терапію в чистому вигляді застосовують нечасто, переважно це когнітивно-поведінкова психотерапія, яка обов'язково включає елементи протирецидивного тренінгу.

1. Індивідуальна психотерапевтична робота

Мета індивідуальної психотерапії та консультування — полегшити для пацієнта «вхід» у реабілітаційну програму та допомогти йому здійснити адекватну аутоідентифікацію.

279

Пацієнт повинен навчитися:

1. Розпізнавати свої потреби.
2. Задовольняти свої потреби (через реальне самостійне розв'язання проблем).
3. Бути здатним скористатися доступними ресурсами соціального оточення.
4. Бути спроможним впоратися зі станом потреби (прийнятними способами справлятися зі станами, що розвиваються через незадоволені потреби).

Ці завдання розв'язують за допомогою когнітивної психотерапії, проблемно-орієнтованої психотерапії та тренінгу асертивності.

Проблемно-орієнтована психотерапія.

Суть її полягає в оволодінні пацієнтом кількома послідовними кроками на шляху розв'язання проблем. Основні кроки проблемно-орієнтованої психотерапії:

1. Визначення і формулювання проблеми. Пацієнт повинен зрозуміти свою роль у виникненні проблеми й усвідомити альтернативне її сприйняття. Часто на цьому етапі проблемно-орієнтована терапія завершується.
2. Визначення альтернатив.
3. Прийняття рішення і його системний аналіз.
4. Виконання обраного рішення, перевірка й отримання зворотного зв'язку.
5. Внесення потрібних коректив і при потребі повторення деяких кроків.

2. Тренінг соціальних навичок, тренінг асертивності

Асертивною є поведінка, що дозволяє без невпевненості й агресії захищати свої інтереси. Антиподи асертивності — з одного боку, пасивність і невпевненість, які легко переходять у запобігання, а з іншого боку — агресивність.

Основні характеристики пасивних і невпевнених осіб:

- Нехтують власними правами і дозволяють іншим їх порушувати (нехтування собою).
- Не просять того, чого хочуть, сподіваються, що інші самі здогадаються, що їм потрібно, приховують свої потреби й почуття.
- Їх ігнорують.
- Їх набагато більше хвилює те, щоб до них зберігалось хороше ставлення, ніж те, як вони можуть досягти бажаного.
- Вважають себе значно слабшими, ніж вони є насправді.
- Скаржаться оточуючим, але не тому, від кого залежить розв'язання проблеми.
- Як правило, вони не отримують того, чого хочуть.

Основні характеристики агресивних осіб:

- Хочуть перемогти будь-якою ціною, при цьому їм однаково, люблять їх чи ні (нехтування іншими).
- Домінують над іншими, дорікають. Розглядають ситуацію в категоріях: «Я виграю, ти програєш (я — ОК, ти — не ОК)».
- Користуються всіма засобами для досягнення бажаного, аж до насильства.
- Ставляться до оточуючих вороже.
- Кричать, погрожують, не слухають оточуючих.
- Вимагають того, чого хочуть, висувають претензії.
- Люди, як правило, бояться і не люблять їх.
- Часто домагаються бажаного.

Основні характеристики асертивних осіб:

- Усвідомлюють свої почуття, знають свої сильні і слабкі сторони, чітко висловлюють свої почуття.
- Позитивно ставляться до себе й до оточення. Позитивно формулюють те, чого хочуть.
- Якщо хочуть щось змінити, впевнено, чітко, зрозуміло і коротко формулюють свої бажання.
- Вважають, що оточуючі в більшості випадків не збираються їм шкодити.
- Якщо їм не подобається чиясь поведінка, вони про це йому говорять, але зберігають атмосферу дружнього діалогу й дотримуються етикету.
- Якщо люди поведуться не так, як варто було б, допомагають їм зрозуміти, як діяти інакше.

- Хочуть, щоб «перемогли» обидві сторони, якщо це можливо.
- Хвалять усе, що заслуговує на заохочення.
- Прагнуть до того, щоб їх любили, але не на шкоду власним інтересам. Їх, як правило, люблять, їм симпатизує більшість розумних людей.
- У будь-якому випадку прагнуть наполягти на своєму.
- Розуміють, що негативні почуття зменшують ймовірність задоволення навіть справедливих вимог. Ставляться до своїх дій як до гри, тренування.
- Задоволені своєю поведінкою і не відчують докорів сумління.
- Як правило, досягають бажаного.

Технологія тренінгу асертивності.

Тренінг проводять індивідуально і в групах. Групи структуровані, а керівник є моделлю. Основна техніка — репетиція поведінки. Спочатку відпрацьовують відносно прості ситуації прохання або відмови, далі — більш складні. На занятті випробовується один фрагмент поведінки. Аналізуються переживання агресії, впевненості і невпевненості у відтвореному фрагменті. Послідовність така:

1. Пацієнту потрібно проаналізувати свою поведінку.
2. Пацієнт повинен стежити за своєю здатністю наполягати на своєму. Рекомендовано завести спеціальний зошит.
3. Зосередитися на якійсь одній неприємній ситуації. Потрібно якомога чіткіше уявити всі деталі, включаючи свої емоції, до і після інциденту.
4. Далі пацієнтові потрібно обдумати свою реакцію з погляду техніки асертивної поведінки (погляд, постава тіла, жести, вираз обличчя, тон голосу, зайнятий час, плавність мови, сенс сказаного). Зафіксувати увагу на деталях, що свідчать про невпевненість або агресивність.
5. Розглянути, як із подібною ситуацією можна впоратися більш успішно, поспостерігати за людиною, яка справляється з нею дуже добре.
6. Розглянути альтернативні варіанти.
7. Пацієнту потрібно уявити, що він знову опинився в тій самій ситуації і репетирувати доти, доки він не знайде оптимальний спосіб дії. Важливо накреслити кілька варіантів своєї поведінки.
8. Оцінка і самоконтроль. Акцентується позитивні моменти поведінки.
9. Коригування поведінки.
10. Перевірка в умовах реальної ситуації.

Основні навички асертивної поведінки.

Позитивне ставлення до себе.

Для цього потрібно:

- Говорити з собою позитивно. Уникати картання і звинувачень.
- Бути ввічливим і добрим із самим собою. Подумки переглядати «фільми» своїх успіхів.

- Проводити час із людьми, які тебе розуміють і люблять.
- Не брати на себе нереальних зобов'язань.
- Нагороджувати себе за успіхи.
- Приймати похвалу і компліменти.

Позитивне ставлення до інших.

Для цього потрібно:

- Не забувати свою мету і прагнути визначити, що потрібно іншому.
- Використовувати ствердження, а не питання.
- На даний час обговорювати лише одну проблему.
- Говорити, що думаєш, не вибачаючись і не виправдовуючись.
- Не обманювати людей і не ухилятися від розмови.
- Не описувати дійсності за інших, але й не дозволяти їм робити це за себе.
- Щиро радіти, коли їх оцінили, вдячно приймати увагу й оцінку оточення.

Уміння впоратися з конфліктною ситуацією.

Для цього необхідно:

- Знайти відповідну позу, вираз обличчя, інтонацію.
- Шукати золоту середину, спільні інтереси, те, що об'єднує, прагнути домовитися, уникати установок на те, що хтось обов'язково має програти.
- Вести дискусію спокійно і контролювати її перебіг.
- Дотримуватися своєї думки.
- Бути готовим поступитися дрібницями.
- У крайньому випадку використовувати техніку «заїждженої платівки».

Реагування на критику.

Відпрацьовуються наступні компоненти:

- Погодитися зі справедливою критикою щодо себе.
- Вибачитися за допущені помилки. Достатньо просто сказати: «Вибач!».
- Якнайшвидше завершити дискусію на тему своєї провини. Запропонувати вихід зі становища і при можливості швидше втілити задумане.
- У разі несправедливої критики не зневірюватися. Потрібно пробачити недосконалому опоненту випадки.

Техніка відмови від пропозиції вжити ПАР.

Проводиться рольовий тренінг кількох варіантів:

1. Перший варіант. Ідентифікувати себе як нормальну особистість. Чітко і зрозуміло визначити особистісну позицію: «Я не п'ю» («Я не вживаю наркотиків»), «Я кинув», «Я не збираюся починати».
2. Другий варіант відмови — з розумінням позиції партнера і розкриттям перед ним — підходить для обмеженої кількості добре знайомих людей.

3. Третій варіант. Комунікація з інших особистісних статусів.

3. Групова терапія

Групова терапія становить стрижень більшості лікувальних і реабілітаційних програм. Групова психотерапія використовує вплив групи як первинного соціального організму та закономірності міжособистісної взаємодії в групі. Різні автори виділяють низку терапевтичних факторів дії груп. Це передусім такі:

- Полегшення висловлення емоцій; саморозкриття;
- Згуртованість (відчуття спільності та взаємного прийняття); групова відповідальність.
- Поява віри й надії на успіх (у ролі джерела надії виступають пацієнти, які мають успішний досвід розв'язання проблем); з'ясування спільності проблем (позбавлення від страху безнадії);
- Альтруїзм (допомога іншим учасникам групи, відчуття власної потреби й користності);
- Отримання нових знань (інформація подається не дидактично, а у процесі спілкування та взаємодії в групі);
- Множинне перенесення (проробляючи проблемні ситуації, пацієнти отримують можливість змодельовати в групі стосунки зі своїми ЗІО);
- Розширення поведінкового репертуару; навчання і підтримка; набуття нових навичок (передусім поліпшення комунікативних здібностей).

У цілому ж в груповій терапії інструментом психотерапевтичного впливу виступає сама група пацієнтів. Вона забезпечує і зворотний зв'язок для всіх учасників, і конфронтацію колишніх і нових уявлень.

Груповий терапевт потребує регулярної супервізії та інтервізії. Якщо це можливо, на допомогу приходять «балінтівські групи», мета яких — забезпечити професійне зростання психотерапевта.

4. Психічна саморегуляція

Методи психічної саморегуляції ґрунтуються на тому, що людина володіє достатнім потенціалом, щоб вилікувати саму себе. Можна виділити східну і західну традиції психічної саморегуляції. Згідно зі східною самоуправління досягається через звернення до природної психіки. Роль свідомості зводиться до мінімуму. Свідомість має померти. Західна традиція психічної саморегуляції більш раціональна. Вона передбачає круговий шлях — управління психікою через свідомість, через управління власною тілесністю. У більшості випадків опанування методу психічної саморегуляції вимагає тривалих і систематичних зусиль. Крім того, найвищий рівень психічної саморегуляції потребує володіння мистецтвом зосередження на чомусь одному і досконалості у навичках входження у транс. В ідеалі він передбачає особливий спосіб життя, зосереджений на духовному самовдосконаленні.

Одним із найпоширеніших методів східної практики психічної саморе-

гуляції є медитація. Вона одночасно дає можливість ретельно вивчати власну психіку й особистість і трансформувати їх. Медитація — споглядання — стан заглибленої зосередженості на чомусь. Вона ґрунтується на досягненні стану розслабленості, відчуженості від зовнішніх об'єктів і від власних другорядних переживань. Досягнення високого ступеня зосередженості — це вже початок занурення у транс. Дві основні стратегії медитації — досягнення концентрації (над мантрою, мандалою чи диханням) і спостереження за своїми реакціями, не оцінюючи їх.

Існує ряд технічних вимог для проведення медитації. Медитативні вправи потрібно виконувати в спокійному місці. У людини має зберігатися відчуття безпеки і впевненість, що їй ніхто не заважатиме. Приміщення має бути провітрене, тепле й затишне. Одяг повинен бути комфортним і теплим. Займатися краще близько 5-ї ранку чи 6-ї вечора. Після їжі має минути щонайменше 3 години. Початку медитації повинні передувати очищувальні процедури.

Медитація починається зі встановлення контролю над диханням. Існує безліч технік медитації та медитаційних формул. Трансцендентальна полягає в повторенні про себе чи вголос будь-якого звуку, слова чи фрази в одному і тому самому ритмі протягом 15-20 хвилин. Звуки синхронізуються з диханням. Можуть використовуватися звуки східної медитативної традиції — «ом», «аум». Можна взяти ключові для одужання слова чи фрази.

Типовий приклад психічної саморегуляції у західній традиції — прогресуюча релаксація (за Джекобсоном). Ця методика полягає в тому, що за м'язовим напруженням розвивається м'язове розслаблення, яке далі може призводити до посилення психічного напруження. Система релаксаційних вправ передбачає напруження з наступним розслабленням кожної групи м'язів протягом 5 сек., що повторюється двічі. Проте якщо відчувається залишкове напруження у м'язі, то можна збільшити кількість скорочення груп м'язів до семи разів. Якщо з'являються неприємні відчуття — мимовільне тремтіння, посмикування тощо — можна або скоротити час релаксації, або розслабляти меншу кількість груп м'язів.

Рекомендовано вибрати спокійне місце і влаштуватися в комфортній позі. Встановлюється релаксаційне дихання — трохи повільніше і більш поверхнєве, ніж зазвичай. Розслаблення починають із грудної клітки. Роблять дуже глибокий вдих, затримують повітря і розслабляються. Далі видихають усе повітря і переходять до звичайного дихання. Увага фіксується на розслабленні після видиху.

Далі напружуються і розслабляються групи м'язів, починаючи від ступнів ніг. Рекомендовано працювати з кожною групою м'язів принаймні двічі, після кожного разу роблячи перерву для відпочинку. Дихати потрібно глибше і під час видиху розслаблятися.

Прогресуючу релаксацію ефективно використовують і як компонент під час проведення поведінкової психотерапії.

І.Г. Шульц, творець аутогенного тренування (АТ), довів, що розслаблення попереочносмугастої і гладенької мускулатури викликає не тільки психіч-

не розслаблення, але й особливий стан, який дозволяє впливати на функції організму. Суть АТ — в пасивній концентрації, вольове напруження тут неприйнятне. Навпаки, рекомендують уникати оцінок і прагнення швидкого результату. Пацієнт повинен налаштуватися на тривалі систематичні вправи, які вимагають терплячості.

Тезисно формули АТ зводяться до наступного:

Вступна формула: «Я спокійний, я повністю спокійний».

1-ша вправа. «Моя права (ліва) рука (нога) важка» (по 6 разів тричі на день протягом 4-6 днів).

«Обидві руки (ноги) важкі. Все тіло стало важким» (протягом 10-14 днів).

2-га вправа. «Моя права (ліва) рука (нога) тепла» (5-6 разів тричі на день).

Далі 1-ша і 2-га вправи об'єднуються: «Руки і ноги важкі й теплі».

3-тя вправа. «Серце б'ється сильно і рівно».

4-та вправа. «Моє дихання спокійне, мені легко дихати» (5-6 разів).

5-та вправа. «Моє сонячне сплетіння випромінює тепло» (5-6 разів).

6-та вправа. «Мій лоб приємно прохолодний» (5-6 разів).

Курс АТ триває 3-4 місяці. При цьому формули вправ скорочуються: «важкість», «тепло» і т.ін.

Виходити з вправи рекомендують кілька разів, напружуючи і згинаючи руки, роблячи активні та глибокі вдих і видих.

5. Екзистенціальна психотерапія

У центрі екзистенціального аналізу — переживання пацієнтом власного існування. Основна теза — «існування передуює сутності».

Під час екзистенціальної психотерапії проробляються основні екзистенціальні (смерть — життя, любов — самотність, сенс — безглуздість, свобода — залежність), які дозволяють віднайти систему ціннісних орієнтацій і моральних координат.

Враховуючи, що захворювання, пов'язані із залежністю від ПАР, належать до аутодеструктивних, на особливу увагу заслуговують проблеми народження, життя, помирання і смерті. Можна говорити про феноменологію смерті в двох основних аспектах:

а) смерть як кінцева подія життєвого циклу (смерть — стан);

б) смерть як постійна характеристика людського функціонування (смерть — процес, або помирання).

У існуванні людини процеси життєдіяльності та вмирання переплітаються і перебувають у певному змінному стані. Людина може бути більшою чи меншою мірою наповнена смертю (процесами вмирання). Процеси загибелі й розпаду постійно супроводжують процеси розвитку й оновлення людського організму. На різних етапах життєвого циклу співвідношення між ними неоднакове. Найбільш загально можна констатувати: що більшою мірою особистісне функціонування людини зафіксоване в сфері індивідуальної, дискретної психіки, то з погляду психології вона стає смертною і наповненою процесами

вмирання. І навпаки, що більше людина включена і надіндивідуальні процеси існування, то тісніше вона співпричетна до родового безсмертя, то менше її обмежує і спрямовує до смерті існування, фіксоване на собі.

Психіку, заповнену смертю (мортальну психіку), — не тільки на кінцевому, але й на будь-якому етапі життєвого циклу характеризують наступні риси: дефіцит любові; загальна озлобленість, агресивність, особливо щодо близьких; відчуття образи; самоізоляція, самообмеження, самотність; нудьга, лінь, апатія; відсутність психологічного майбутнього; елементи саморуйнівної поведінки.

На нашу думку, психотерапія процесів умирання і смерті, суїцидальних проявів повинна стати неспецифічним компонентом будь-якої системи психотерапевтичних впливів. Залежним від ПАР хворим для одужання потрібно відкрито поглянути на реальність їхньої власної смерті та прогресивної, фатальної природи свого захворювання. Їм потрібна готовність вільно обирати стиль життя з повною відповідальністю і діями, які вона передбачає.

Вправи на пророблення мортальності:

- Написати собі епітафію або некролог (ідеальну і «реальну» — поховати внутрішньо у собі споживача наркотиків).
- На аркуші паперу накресліть пряму. Один кінець — ваше народження; інший — смерть. Позначте, де ви зараз, і промедитуйте над цим 5 хвилин.
- «Техніка керованої фантазії». Уявіть свою смерть. Де вона вас застане? Коли? Як саме? Докладно опишіть. Уявіть свій похорон.
- Вправа Ассаджіолі. Пов'язана зі звільненням від своїх поверхневих ідентифікацій аж до відчуття/усвідомлення того, що «я не є насправді всім тим, чим і ким я себе вважаю». Нездатність людини одразу ж замінити свої поверхневі ідентифікації глибинними, істинними призводить до появи відчуття, близького до переживання власної смерті.
- Скласти опитувальник про страх смерті й обговорити питання.
- У стані глибокого розслаблення уявити всіма п'ятьма відчуттями свою смерть (комфортно).
- Скласти список своїх цінностей. Уявіть, що ядерне сховище не зможе вмістити всіх і потрібно придумати причину, з якої саме ви маєте врятуватися (виходячи зі своєї системи цінностей).
- У стані розслаблення уявити собі смертельну хворобу, неможливість спілкуватися, а потім похорон.

Ще одна дихотомія екзистенціалів, які потрібно проробити — любов (поєднання) і самотність (роз'єднання). Любов — вияв прагнення поєднуватися з іншими, її антипод — самотність й ізоляція. Є кілька поширених хибних уявлень про любов (Е. Фромм, 1997). Так, суть любові багато хто уявляє, як бути об'єктом любові, а не як володіти здатністю любити (незрілість). Вважається також, що любити просто, якщо знайти відповідний (ідеальний) об'єкт любові. Вибір такого об'єкта здійснюється за законами ринку, тобто обирається найкращий з-поміж наявного на ринку відповідно до звичних уявлень. Ще

одна поширена думка пов'язана з тим, що любов сприймають як закоханість (сила пристрасті, шалене захоплення партнером тощо).

Любов ґрунтується на базовій потребі людини подолати власну відокремленість і роз'єднаність. Якщо досягти цієї мети неможливо, виникає високий ризик психічної патології. Любов (приязнь) і нелюбов (ворожість) — ось базові переживання в людських стосунках, які утворюють континуум переходів. Важливою частиною життя пацієнтів є переживання як реальної, так і екзистенціальної ізоляції. Екзистенціальна самотність — це не інтерперсональна чи інтраперсональна самотність. Інтерперсональна ізоляція (самотність) передбачає ізоляцію від інших людей, причинами якої можуть бути відсутність соціальних навичок, конфлікти в інтимних стосунках, особистісна дезорганізація, така як шизоїдність або нарцисизм.

Ще одна важлива дихотомія екзистенціалів — сенс і безглуздість. Сенс життя — це той унікальний сенс життя, який потрібно відкрити. Базова екзистенціальна даність — переживання відсутності сенсу. У екзистенціальній терапії пацієнту потрібно буде відповісти на низку питань, які допоможуть звернути увагу на осмисленість його життя:

- чи знаєте ви, чого хочете в житті?
- якщо в цьому багато незрозумілого, що робите, щоб прояснити це питання?
- чи задовольняє вас те, ким ви є і ким стаєте?
- що робите для того, щоб поступово наблизитися до ідеального уявлення про себе? тощо.

Іншою важливою темою екзистенціальної терапії є свобода. У свободі вбачають її позитивні сторони, розглядаючи її як «свободу від... (чогось)». Але, насправді, свобода означає постійний вибір між різними альтернативами — «свободу для...». Обираючи, людина будує своє теперішнє і своє майбутнє. Але ситуація вибору завжди створює певну невизначеність. З цим пов'язаний не дуже приємний аспект свободи — відсутність твердого підґрунтя, пов'язаної з багатоваріантністю життя. Звідси й виникає екзистенціальний конфлікт, пов'язаний зі свободою — конфлікт між бажанням мати основу для життя і реальною невизначеністю, необхідністю обирати в кожній життєвій ситуації.

Свобода також невіддільна від відповідальності. Це інший складний аспект свободи. Будучи по суті вільною, людина зобов'язана взяти на себе відповідальність на спрямованість свого життя. Усе це є постійним джерелом тривоги. Свобода передбачає відповідальність за своє життя. Це означає — не лише за свої дії, успіхи, але також і за свої невдачі.

Існує багато шляхів, якими індивідуум намагається уникати тривоги через відповідальність за своє життя. Один із механізмів ухилення — це компульсивні дії, інший — переміщення відповідальності, третій — це заперечення відповідальності. Для психотерапії важливо виявити шляхи уникнення прийняття рішення. Найбільш явним і частим методом є відкладання, але існують методи, які дозволяють приймати рішення, приховуючи це від самого себе. Адже болісний сам процес вибору, а не його зміст. Уникання можливе й через заперечення інших можливих альтернатив.

Ефективна техніка у випадку виникнення під час вибору:

- пацієнт (не терапевт) повинен скласти якомога повніший список можливих альтернатив («людина сама володіє своїм власним вибором», рішення, яке прийняли інші, — не рішення);
- пацієнт обирає найбільш прийнятну альтернативу. Якщо у клієнта наявний синдром «Якщо» («Я не знайду роботи, якщо кину цю...»), потрібен логічний аналіз можливих ситуацій і їхньої ймовірності.

Потрібно допомогти пацієнту усвідомити неминучість і повсюдність вибору, розглянути перспективи одного окремого вибору й розкрити його сенс, підтекст і побічні ефекти.

Провина в екзистенціальному розумінні — «чорна тінь» відповідальності; відчуття провини — покарання за неавтентичність. Екзистенціальна провина походить від втрачених можливостей, від того, що не зроблено для свого життя. Суб'єктивні переживання у разі всіх трьох видів провини однакові, але відрізняються способи допомоги:

- невротична провина вимагає постійного психотерапевтичного перероблення відчуття «я поганий», за яким приховується агресія, бажання нападу.
- реальна провина потребує спокутування (без будь-якої терапії).
- у разі екзистенціальної провини повне прийняття відповідальності за свої дії значно розширює сферу провини, одночасно зменшуючи можливість втекти від неї. У терапії можна говорити тільки про усвідомлення такої провини як обов'язкового елемента людської екзистенції.

Антиподом свободи є залежність, зокрема й залежність від ПАР. Осмислення проблем свободи, вибору і відповідальності дозволяє закріпити протистояння залежності на рівні ціннісних орієнтацій пацієнта.

Екзистенціальна терапія пропонує клієнта розглядати своє життя як ланцюг особистих виборів, взяти на себе відповідальність як за наслідки минулого, так і за вибір майбутнього. Пацієнту допомагають пережити свою екзистенцію як справжню, автентичну, сприймаючи себе як буття у світі з певними можливостями та деякими обмеженнями.

Початкова фаза екзистенціальної психотерапії часто обертається навколо конфронтації із іншими клієнтами, щоб підштовхнути клієнта до відчуття тривоги і навчити його її переживати. Тільки з появою здатності відчувати страх без потреби анестезії його ПАР пацієнту можна почати пізнавати біль життя та його несправедливість, приймати свою самотність і неминучу відповідальність як творець власної долі.

6. Арт-терапія

У реабілітації арт-терапія виконує кілька функцій, головними з яких є контакт, діагностика, розрядка через сублімацію, самовираження. Спілкування через творчість в основному, на невербальному рівні, спрощує встановлення контакту і дозволяє висловити психічні сенси, які складно вербалізувати.

Твір, автором якого є хворий, виражає його внутрішній стан. Для діагностики важливо порівняти його із зовнішньою поведінкою.

У арт-терапевтичній групі відбувається краще взаєморозуміння і більш точне самовираження. Творчий акт розглядається як основний лікувальний фактор. Хворі беруть участь у заняттях художньо-прикладного характеру (малювання, ліплення, випалювання, виготовлення різних виробів із підручних матеріалів). Можна давати завдання виготовити виріб із конкретного матеріалу на визначену тему, або ж пацієнти самі обирають тему для творчості, матеріал, інструменти. Можливо використовувати для лікування твори мистецтва, які вже існують, запропонувавши пацієнту проаналізувати і інтерпретувати їх. Наприкінці занять відбувається обговорення творів учасників групи.

На початку арт-терапевтичних занять їхня мета — комунікативна й адаптивна. Важливо сприяти підвищенню самооцінки пацієнтів. Заняття активують хворого, створюючи умови для ефективного терапевтичного впливу.

До цього близька терапія з творчим самовираженням. Основний лікувальний «механізм» творчості (створення чогось відповідно до своєї духовної індивідуальності) полягає в тому, що людина, переживаючи в будь-якій творчості по-своєму, тобто згідно зі своїми духовними особливостями, неначе повертається до себе самої. Душевне просвітлення, піднесення у творчості (творче натхнення) як радісна, змістовна зустріч із самим собою і одночасно діяльно-приятне ставлення до людей нерідко відкриває пацієнту (особливо в разі відповідної психотерапевтичної підготовки) свій творчий шлях у житті, свій сенс. Повсякденний натхненно-творчий і, отже, цілющий стиль життя — найвища мета, якої прагне творча терапія самовираження.

Література:

1. Валентик Ю. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // <http://www.narcom.ru/cabinet/online/43.html>.
2. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб.: Питер, 2007 (Глава 21 «Профилактика, сохранение и укрепление здоровья: систематика и общие аспекты». Стр. 466-493)
3. Пособие для участников молодежных программ по профилактике злоупотребления наркотиками. Рекомендации по разработке и совершенствованию программ. ООН Нью-Йорк, 2002
4. Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа. — ЮНЭЙДС, 2007.
5. Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам / Под ред. Р.В. Йорика . 2-е изд. — СПб.: Врачи детям, 2009. — 134 с.
6. Руководство по оценке и междисциплинарному ведению случая для оказания помощи детям и семьям, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации. — СПб.: «Врачи детям», «Эвричайлд», 2008. — 120 с.
7. Санберг, Н Клиническая психология. Теория, практика, исследования / Норман Санберг, Аллен Уайнберг, Джулиан Таплин. - СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007 (Глава 14 «Профилактика: главная цель всех вмешательств». Стр. 340-361)

8. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. UNODC, 2003. http://www.unodc.org/docs/treatment/Review_R.pdf
9. Brown, G. (2007), 'Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use', Technical report, Home Office Development and Practice Report, online report, Home Office, London. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/dpr47.pdf>
10. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964
11. Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the first three years of the Fast Track Prevention Trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1):19 – 35, 2002a.
12. Conduct Problems Prevention Research Group. Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1):37 – 52, 2002b.
13. Conduct Problems Prevention Research Group. The implementation of the Fast Track Program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1):1 – 17, 2002c.
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA 2008 selected issue — Drugs and vulnerable groups of young people. — Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2008.
15. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Selective prevention: First overview on the European situation. Lisbon: EMCDDA, 2003.
17. Gordon, R. 'An operational classification of disease prevention', in Steinberg, J. A. and Silverman, M. M. (eds.), *Preventing Mental Disorders*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1987.

Додаток № 1

Інструкція для спеціалістів соціальної роботи,
волонтерів щодо проведення вуличної
соціальної роботи в територіальній громаді
м. Києва.

Додаток №1

Інструкція для спеціалістів соціальної роботи, волонтерів щодо проведення вуличної соціальної роботи в територіальній громаді м. Києва

Соціальна робота мобільна — метод соціальної роботи, суть якого полягає в тому, що соціальні служби не очікують звернення клієнтів, а виходять зі своїми послугами на вулиці, які стали місцем перебування значної кількості людей (дітей, підлітків, молоді), що потребують допомоги. Також вживається як вулична соціальна робота. До завдань Соціальної мобільної роботи входить створення довірливих відносин з клієнтами, консультування, надання порад, інформація про існуючі служби допомоги, роздача їжі та одягу, перша медична допомога.

Критерієм ефективності Соціальної мобільної роботи є добровільне звернення клієнтів за допомогою, прихід у соціальні служби, повернення з вулиці додому.

292

Таким чином, діти та молодь, які відмовилися від будь-якої допомоги (виховання у дитячому будинку, амбулаторне лікування, консультації, адміністративне втручання тощо), мають можливість скористатися послугами компетентного вуличного працівника для вирішення своїх соціальних проблем.

Обов'язки фахівців, які здійснюють вуличну (мобільну) соціальну роботу: проведення вуличного соціального інспектування, місць скупчення неповнолітніх, які переважно перебувають на вулиці, виявлення неповнолітніх, встановлення первинних контактів; з'ясування: причин знаходження на вулиці, місця проживання та нагальних проблем; надання комплексних соціально-педагогічних, соціально-психологічних, соціально-медичних, соціально-економічних, соціально-правових, інформаційно-консультативних послуг, в разі необхідності вживати термінові заходи щодо вирішення проблеми клієнта; переадресація до діючих: «Цілодобового центру реагування на першочергові потреби дітей», «Центр соціально-психологічної допомоги «Відкрите серце», міського притулку для неповнолітніх, благодійних їдалень, приймальника-розподільника, Київського міського шкірно-венеричного диспансеру (при необхідності).

1. Організація роботи:

1.1. Спеціалісти працюють за соціальною програмою заходів КМЦСССДМ, які направлені на попередження дитячої безпритульності, бездоглядності та виявлення дітей, які переважно перебувають на вулиці, опинилися в СЖО та потребують соціальної допомоги.

1.2. Працівники, які здійснюють вуличну соціальну роботу, повинні володіти знаннями, необхідними навичками, мати досвід соціальної роботи з кри-

зовими категоріями дітей та молоді, які більшість часу перебувають на вулиці та потребують допомоги, або пройти спеціальну підготовку.

1.3. Під час проведення вуличної соціальної роботи спеціалісти діють згідно з положенням про програму, заходи КМЦСССДМ.

1.4. Перед виходом на вуличну соціальну роботу обов'язково проводиться інструктаж з техніки безпеки для працівників та волонтерів.

1.5. Особа, відповідальна за реалізацію програми або заходів, які направлені на попередження дитячої безпритульності, бездоглядності та виявлення дітей, які переважно перебувають на вулиці, опинилися в СЖО та потребують соціальної допомоги, відповідає за дотримання норм та правил безпеки працівників вуличної соціальної роботи.

1.6. Особа, відповідальна за реалізацію програми або заходів, які направлені на попередження дитячої безпритульності, бездоглядності та виявлення дітей, які переважно перебувають на вулиці, опинилися в СЖО та потребують соціальної допомоги, відповідає за наявність, ведення та збереження документації, використання конфіденційної інформації.

1.7. Соціальні працівники ведуть необхідну документацію згідно з посадовими інструкціями, своєчасно подають інформацію про роботу з клієнтами.

1.8. Звіти про проведення вуличної соціальної роботи подаються відповідальній особі за реалізацію програми або заходів КМЦСССДМ.

2. Проведення вуличної соціальної роботи:

2.1. Соціальні працівники, волонтери несуть відповідальність згідно з чинним законодавством за використання отриманої інформації від клієнтів і за збереження її конфіденційності (крім випадків, які можуть завдати шкоду людині або оточуючим).

2.2. При першому контакті необхідно представитися (краще на ім'я), пояснити мотиви своїх дій та сутність діяльності Центру. Звернення до дитини повинно бути сформульоване у формі прохання про сприяння в пошуку дітей, які потребують допомоги (вуличні діти рідко при першому контакті кажуть про те, що вони потребують допомоги, але часто розповідають про інших, кому вона потрібна).

2.3. Зовнішній вигляд повинен бути непримітним та достатньо практичним для вулиці (одяг комфортний та такий, що не дуже забруднюється). Не рекомендується носити темні окуляри, так як очі — головний інструмент спілкування.

2.4. Мова повинна бути проста, спілкування — рівним, ненав'язливим. Проявити максимум уваги та активного слухання співрозмовника.

2.5. Категорично не рекомендуються повчальні інтонації в спілкуванні, висловлювання зверхньої позиції.

2.6. Найбільш сприятлива при спілкуванні з вуличними дітьми є позиція співробітництва.

2.7. Завершення контакту повинно бути оптимістичним та передбачати продовження стосунків на вулиці або в Центрі.

2.8. Для занесення в картку соціальної роботи особистих даних про дитину необхідно запитати в неї дозволу на те, що ви буде записувати відомості,

які вона вам повідомить, та наголосити на тому, що ця інформація нікому не буде розголошена. Якщо дитина згодна, то ви можете записати все, що вона вам повідомить. Якщо дитина проти, то необхідно запам'ятати все, що вона повідомляє та пізніше записати в журнал.

2.9. При виникненні конфліктних ситуацій з клієнтами працівникам вуличної соціальної роботи рекомендується зберігати повагу до особистості та у випадку загострення ситуації — негайно припинити спілкування.

2.10. При виникненні конфліктних ситуацій під час проведення вуличної соціальної роботи головний групи та працівники Центру дотримуються правових та етичних норм поведінки. Соціальним працівникам та волонтерам забороняється вирішувати свої особисті та професійні конфлікти при клієнтах.

2.11. Соціальні працівники та волонтери повинні діяти в рамках своєї компетенції, дотримуватись етичних норм та правил поведінки щодо клієнтів.

2.12. Перевезення клієнтів з місця проведення вуличної соціальної роботи здійснюється тільки за їх згодою.

2.13. Забороняється надавати консультативну допомогу клієнтам, що перебувають в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, в стані агресії та особам з чітко вираженими ознаками психічних захворювань (при виявленні таких неповнолітніх необхідно сповістити правоохоронні органи).

3. Типовий хід проведення вуличної соціальної роботи:

3.1. Основою вуличної соціальної роботи є маршрути та паспортизовані місця скупчення неповнолітніх, які переважно перебувають на вулиці, які змінюються відповідно до зимово-літнього періоду року.

3.2. Перед початком проведення вуличної соціальної роботи необхідно зателефонувати до: МССС «Цілодобовий центр реагування на першочергові потреби дітей», притулку з метою повідомлення про те, що ви сьогодні здійснюєте вуличну соціальну роботу, та з'ясування про наявність вільних місць для дітей, які вирішили піти з вулиці.

3.3. Необхідно знати ті організації, які працюють в місцях скупчення неповнолітніх, та яку допомогу вони надають (державні установи та організації, відділи). Організаціям та установам необхідно надати повну інформацію про програму або заходи, узгодити з ними графіки та маршрути вуличної соціальної роботи. Це допоможе вам отримати не лише додаткову інформацію, а й заручитися підтримкою в реалізації заходів.

3.4. Збір працівників, волонтерів відбувається у приміщенні Центру або в місці згідно з маршрутом.

3.5. Повідомлення про маршрут, сценарний план заходів, розподіл на групи, проведення інструктажу з техніки безпеки, видача карток клієнтів.

3.6. Переїзд або перехід до місця проведення вуличної соціальної роботи.

3.7. Розподіл доручень та уточнення завдань для груп спеціалістів та волонтерів.

3.8. Проведення первинного огляду місця скупчення неповнолітніх.

3.9. Виявлення дітей, які переважно перебувають на вулиці.

3.10. Встановлення контактів з клієнтами.

3.11. Надання інформаційно-консультаційних послуг, соціально-педагогічних, соціально-психологічних, соціально-медичних (проведення первинного огляду на наявність шкірних захворювань), стимулювання клієнтів до повернення в сім'ю, навчальний заклад, до звернення в «Цілодобовий центр реагування на першочергові потреби дітей», «Служба соціальної підтримки сімей» тощо.

3.12. У разі неможливості повернення в сім'ю надати інформацію про діяльність «Цілодобового центру реагування на першочергові потреби дітей», притулків, центрів соціально-психологічної реабілітації, безкоштовних їдалень тощо.

3.13. У разі згоди клієнта залишити вулицю здійснити супровід дитини:

1 крок — до РУ ГУ МВС України в місті Києві того району, на території якого виявлено неповнолітнього для отримання постанови про поміщення неповнолітнього до притулку для неповнолітніх або приймальника-розподільника для неповнолітніх (якщо дитина з іншої країни);

2 крок — до шкірно-венеричного диспансеру для здачі аналізів (за потребою госпіталізації клієнта) та отримання довідки про те, що дитина може знаходитися в дитячому колективі для розміщення в притулок, приймальник-розподільник або до «Цілодобового центру реагування на першочергові потреби дітей»;

3 крок — до притулку неповнолітніх Служби у справах неповнолітніх КМДА (наявність довідки з ШВД, постанова РУ ГУ МВС України в м. Києві або заява — самозвернення неповнолітнього) або до «Цілодобового центру реагування на першочергові потреби дітей» КМЦСССДМ (довідка з ШВД, заява — самозвернення);

4 крок — за місцем проживання сім'ї за умови, що дитина є мешканцем територіальної громади району або м. Києва.

3.14. У разі виявлення неповнолітніх, які є мешканцями м. Києва, передати базову справу до спеціалістів «Служби соціальної підтримки сімей» з метою здійснення інспектування житлово-побутових умов та соціальної роботи з сім'єю.

3.15. Заповнення журналу обліку контактних звернень клієнтів щодо проведеної роботи, внесення інформації до бази даних, відкриття картки обліку соціальної роботи з клієнтом соціальної служби (протягом доби).

3.16. Підготовка листа-повідомлення від КМЦСССДМ до ВКМСН, ССН, закладів освіти, сімей щодо виявлених неповнолітніх (за потребою).

4. Дії при виникненні екстремальних ситуацій під час проведення вуличної соціальної роботи:

При загрозі життю чи здоров'ю клієнта:

- надати первинну медичну допомогу;
- викликати швидку медичну допомогу;
- негайно сповістити про виникнення екстремальної ситуації працівників правоохоронних органів.

При загрозі життю чи здоров'ю оточуючих збоку клієнта:

- негайно сповістити про виникнення ситуації працівників правоохоронних органів та відділу кримінальної міліції у справах неповнолітніх;
- негайно оповістити оточуючих про небезпеку;
- якщо є постраждалі, вжити необхідні заходи щодо надання їм медичної допомоги;
- не вступати в контакт з клієнтом, з боку якого відбуваються небезпечні дії до приїзду представників правоохоронних органів та відділу кримінальної міліції у справах неповнолітніх;
- сповістити про виникнення екстремальної ситуації відповідальну особу за реалізацію програми.

5. При виході на вуличну соціальну роботу кожний працівник повинен мати:

5.1. Посвідчення та картку із зазначенням прізвища та імені (бейдж) працівника або волонтера.

5.2. Уніформу (футболка, реглан, куртка тощо).

5.3. План — завдання на здійснення адресної та оперативної соціальної роботи в територіальній громаді м. Києва.

5.4. Перелік послуг спеціалізованих соціальних служб, Центрів та установ м. Києва, партнерських організацій з їх контактними телефонами, куди можна звернутися клієнту за допомогою.

5.5. Інформаційний роздатковий матеріал, що містить інформацію про місця можливого отримання соціальних послуг та допомоги.

5.6. Телефонну картку.

6. Організація роботи транспортних засобів мобільної роботи:

6.1. Забороняється соціальному працівнику-водію перевозити працівників та волонтерів у кількості, що перевищує кількість спеціально відведених для сидіння місць.

6.2. Під час руху забороняється пересуватись салоном, висовувати руки, голови у вікна, проводити рухові ігри.

6.3. Забороняється відволікати соціального працівника-водія під час руху.

6.4. Забороняється курити в салоні.

6.5. Забороняється розмішувати інформаційні матеріали, що не відповідають меті та завданням програм або заходів КМЦСССДМ.

6.7. Забороняється надавати місце для сидіння дитині під час перевезення біля виходу (це місце призначене для соціального працівника, який здійснює супровід).

6.8. Забороняється залишати дитину одну в салоні під час перевезення.

6.9. Під час переїздів, перевозу волонтерів та працівників Центру відповідальність за їх безпеку несе соціальний працівник-водій.

6.10. За технічну готовність автотранспорту, дотримання правил дорожнього руху, дотримання санітарно-гігієнічних норм у салоні та на місці паркування відповідальність несе соціальний працівник-водій.

6.11. Соціальний працівник-водій несе відповідальність за парковку авто-транспорт у місцях, не відведених для паркування, крім місць, погоджених з адміністрацією зони відпочинку, району, організаторами районних та загальноміських акцій.

6.12. Забороняється виїзд без вогнегасника та аптечки.

6.13. Категорично забороняється використання автотранспорту з комерційною та особистою метою.

7. Вимоги до працівника:

- бути чесним, відвертим і усвідомлювати, що можна зробити, а що ні;
- дотримуватись емоційної дистанції, не відповідати на агресію та не провокувати її;
- поважати особистість клієнта (почуття, світогляд, життєву позицію, переконання);
- зберігати таємниці, дотримуватись принципу конфіденційності (крім випадків, які можуть причинити шкоду людині або оточуючим);
- не підривати довіри у представників цільової групи;
- дотримуватись принципу «всі діти рівні», відповідно поділити те, що у вас є, на всіх дітей (продукти харчування, одяг, іграшки);
- поважати бажання дитини;
- вуличне консультування проводити в межах своєї компетенції;
- під час роботи з клієнтами дотримуватись етичних правил соціального працівника, а також прав клієнта соціальної служби.

8. Правила безпеки під час проведення вуличної соціальної роботи.

8.1. Вулична соціальна робота проводиться групою соціальних працівників у кількості 2-3 осіб.

8.2. Завжди необхідно повідомляти відповідальній особі, хто і де сьогодні працює на вулиці, а також час закінчення роботи.

8.3. Під час вуличної соціальної роботи необхідно тримати в полі зору всіх соціальних працівників, а якщо необхідно відлучитися, то повідомляти про це відповідальну особу групи.

8.4. Забороняється працювати пізно вночі, але за необхідності можливо проводити вуличну соціальну роботу спільно зі співробітниками КМСН РУ ГУ МВС України в м. Києві.

8.5. Для проведення вуличної соціальної роботи вдягайте простий та зручний одяг, який не дуже брудниться.

8.6. Не вдягайте прикраси та коштовні речі при виході на вуличну соціальну роботу.

8.7. Не тримайте при собі велику суму грошей під час вуличної соціальної роботи.

8.8. Не повідомляйте про себе чи своїх колег особисті дані, телефони тощо.

8.9. Не запрошуйте до себе в гості осіб, з якими ви працюєте під час вуличного соціального інспектування в паспортизованих місцях або за маршрутом.

8.10. Не влаштовуйте ігрові майданчики поблизу проїзної частини дороги, будівельних майданів, погано освітлених місць та місць, не придатних для цього.

8.11. Дотримуйтесь правил дорожнього руху.

8.12. Виконуйте всі вимоги представників правоохоронних органів.

8.13. Виконуйте вказівки старшого чи відповідального групи.

8.14. Під час вуличної соціальної роботи забороняється вживати напої, які містять алкоголь, курити.

8.15. Не користуйтеся спільним посудом з дітьми, які виявлені під час вуличної соціальної роботи (використовувати тільки одноразовий посуд).

8.16. Необхідно знати всі телефони екстреної допомоги при виникненні екстремальної ситуації (пожежної безпеки, невідкладної медичної допомоги, міліції тощо).

Міжнародний благодійний фонд «СНІД Фонд Схід—Захід» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*) — голландська гуманітарна неурядова організація, яка працює в області громадської охорони здоров'я, місією якої є зниження впливу ВІЛ/СНІДу в Східній Європі та Центральній Азії через:

- використання новаторських і передових підходів в розробці, реалізації і просуванні спроектованих спеціально для даного регіону методів ефективного запобігання поширення ВІЛ/СНІДу та надання медичної допомоги, лікування і підтримки людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом;
- роботу з молоддю в даному регіоні, зокрема з особами ризикованої поведінки;
- тісну співпраці з національними державними структурами і неурядовими організаціями з метою активізувати місцевий потенціал і сприяти проведенню необхідних ініціатив;
- зміцнення взаємодії між Сходом і Заходом шляхом обміну інформацією і фахівцями в рамках програм *AFEW* і стимулювання активної зворотної реакції.

