

курцями зі значним стажем (понад 40% клієнтів курять більше 30 років) та мають високий рівень ніотинової залежності (понад 80% клієнтів викурюють більше півпачки сигарет на день, а 75% викурюють першу сигарету менше, ніж через 30 хв після пробудження). 85% клієнтів пробували кидати курити, з них 30% пробували кидати принаймні декілька разів, а 5% мали понад 10 спроб. 8% тих, хто кидав вдалося протриматися без куріння лише декілька годин, орієнтовно по 20% мали досвід утримання від одного до кількох днів, від одного до декількох тижнів та від одного до декількох місяців відповідно. 22% змогли протриматися 6 місяців та більше. За результатами проведених консультацій 47% клієнтів встановили дату відмови від куріння, з них 13% також розробили план, 9% клієнтів отримали мотиваційну консультацію (переважно ті, хто на момент дзвінка перебував на стадії роздумів), а 15% отримали інформацію про нікотин-замісну терапію. За результатами проведених консультацій 47% клієнтів встановили дату відмови від куріння, з них 13% також розробили план, 9% клієнтів отримали мотиваційну консультацію (переважно ті, хто на момент дзвінка перебував на стадії роздумів), а 15% отримали інформацію про нікотин-замісну терапію. Серед тих клієнтів, які відповіли на запитання про те, звідки вони дізналися про сервіс з надання допомоги у припиненні куріння (154 клієнти), 61% почули інформацію радіо, 15% побачили по телевізору, 10% - знайшли в Інтернеті. Із соціальних мереж інформацію отримали менше 1% клієнтів. Сервіс знаходить гарний відгук серед пересічних курців. Багато хто дякує консультантам за допомогу і стимулювання у відмові від куріння.

Існування Сервісу має стимулювати медичних працівників надавати інформацію щодо існування цього сервісу та надавати короткі консультації щодо відмови від куріння. Його існування стимулює курців звертатися на телефонну лінію за порадою професійного консультанта та на сайт для самопомоги та самомотивації. Це гарний перший приклад успішної сучасної інтервенції з профілактики неінфекційних захворювань у системі громадського здоров'я України.

Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя в умовах надзвичайних ситуацій

Гусак Наталія Євгеніївна,

PhD., к.с.н., доцент Національний університет "Києво-Могилянська академія"

Надзвичайні ситуації (війни, збройні конфлікти, катастрофи, стихійні лиха, насильство) можуть по-різному впливати на благополуччя людини, сім'ї, громади і суспільства. Всесвітня організація охорони здоров'я пов'язує благополуччя з визначенням здоров'я та психічного здоров'я, коли здоров'я – це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів», а «психічне здоров'я – це стан благополуччя, за якого кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї громади» (WHO). У ширшому значенні благополуччя передбачає задоволення мінімального рівня семи основних груп потреб: біологічних/фізіологічних, матеріальних, психічних, емоційних, соціальних, культурних і духовних (Williamson, 2006). Внаслідок впливу надзвичайних ситуацій не завжди порушується психічне здоров'я, проте можуть актуалізуватися різні проблеми, зокрема такі: ті, що існували до надзвичайної ситуації (дискримінація, бідність, політичний тиск, психічні розлади, зловживання алкоголем); ті, що виникли внаслідок її впливу (втрата зв'язків між членами родини, втрата роботи, зростання насильства, горе, непатологічний дистрес, депресія, пост-травматичний стресовий розлад); ті, що виникли через надання гуманітарної допомоги (конфлікти між переміщеними особами і місцевою громадою, тривога через брак інформації щодо різних послуг) (IASC Guidelines, 2017). Усі вони в комплексі не дають можливості задовольняти основні потреби і впливають психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя. При цьому, одні люди «витримують тимчасове потрясіння через втрату чи потенційно травматичні події добре, без видимого порушення їхньої здатності функціонування на роботі чи в близьких стосунках» (Bonanno, 2007). Тобто вони відновлюються, використовуючи свої власні стратегії коупінгу, які формує і підтримує зовнішнє середовище. Другим потрібна лише базова підтримка для покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя. А в третіх з'являються або актуалізуються наявні раніше проблеми з психічним здоров'ям, що потребують спеціалізованої підтримки (MHPSS in Complex Emergencies, 2016). Тому й реагування на переживання надзвичайних ситуацій суттєво відрізнятиметься в кожному окремому випадку. Здійснюючи заходи з метою захисту чи підтримки психосоціального благополуччя і/або попередження чи лікування психічних розладів, необхідно орієнтуватися не на лікування «травми», а застосовувати більш інтегрований підхід, який враховує можливості самопомоги в громади та резилієнс («здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особиста ресурсність» (Bragin, 2014)). Якщо в першому підході фахівці фокусуються на

травмі, після якої потрібно відновитися, то «резилієнс відображає здатність підтримувати стабільну рівновагу» (Bonanno, 2004), зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним сторонам, ресурсам та можливостям. Тобто, визнано той факт, що «населення, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій, має власні здібності, навички, ресурси та можливості. Тому ігнорування цього і фокусування лише на нестачі чогось (наприклад, на психічних розладах) є поширеною помилкою» (MHPSS in Complex Emergencies, 2016). При цьому підхід резилієнс не виключає того, що «люди можуть пережити посттравматичний стресовий розлад чи мати інші проблеми психічного здоров'я, але робота з проблемами психічного здоров'я має відбуватися лише в рамках комплексного надання послуг. До того ж лікування важких розладів, включно з ПТСР, мають забезпечувати підготовлені фахівці». До того ж, численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій тоді, коли почуваються в безпеці, мають тісні (родинні) зв'язки, перебувають у спокої; мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки, а також знаходять способи допомогти собі. А основними факторами ризику, що зумовлюють розвиток психічних захворювань, є ті несприятливі умови навколишнього середовища, в які потрапляють люди. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку психічних захворювань.

Чи така вже нездійсненна соціальна робота в охороні здоров'я України?

д.п.н., проф. Семигіна Т.В.

Академія праці, соціальних відносин і туризму

Постановка проблеми. В європейських країнах, США, Індії тощо досить поширена практика створення медико-соціальних закладів, формування мультидисциплінарних команд у медичних закладах, підготовка соціальних працівників до «медичної соціальної роботи», а лікарів – до продуктивної співпраці із соціальними працівниками, психологами та іншими членами мультидисциплінарної команди, є стандарти медичної соціальної роботи. В Україні надання медичних та соціальних послуг є відомчо роз'єднаним. У той час як їхні користувачі мають здебільшого комплексні біопсихосоціальні проблеми. Мета та методологія. У цій роботі – на основі аналізу документів,