

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**РУКОВОДСТВО  
ПО ДОМАШНЕМУ ВИЗИТУ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
для медицинских работников первичного звена здравоохранения**

**БИШКЕК 2019**

«Руководство по домашнему визиту детей раннего возраста», принято расширенным Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов от 18 апреля 2019г.

**Проблема:**

Низкий уровень организации домашнего визита детям раннего возраста на уровне первичного звена здравоохранения

**Название документа:**

Руководство по домашнему визиту детей раннего возраста

**Этапы оказания помощи:**

На всех уровнях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи.

**Цель создания руководства** состоит в стандартизации процесса организации домашнего визита детей раннего возраста медицинскими работниками первичного звена здравоохранения

**Целевые группы пользователей:** семейные врачи, семейные медицинские сестры, специалисты кабинетов укрепления здоровья и волонтеры сельских комитетов здоровья.

**Дата создания руководства:** 2018-2019 г.

Планируемая дата обновления: в 2022 году или с появлением новых ключевых рекомендаций, либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к руководству будут опубликованы в периодической печати.

Адрес для переписки с рабочей группой: Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Московская, 148 e-mail: [b\\_samaganova@mz.med.kg](mailto:b_samaganova@mz.med.kg)

Практическое руководство может использоваться и воспроизводиться с соответствующими ссылками.

Разработка «Руководства по домашнему визиту детей раннего возраста» инициирована Министерством здравоохранения и является результатом совместной работы специалистов Министерства здравоохранения, БГУ им. Карасаева, НПО и родительских ассоциаций детей с ограниченными возможностями здоровья. В основу руководства положены существующие документы в области охраны материнства и детства, а также модули по домашнему визиту (ЮНИСЕФ/Международная ассоциация «Шаг за шагом»).

### Состав рабочей группы по разработке руководства

Нажимидинова Г.Т.	Доцент кафедры педиатрии, акушерства и педиатрии МВШМ
Аманда Меррит	Консультант по Программе поддержки семьи, Healthlink
Элизабет Харден	Директор Healthlink, эрготерапевт (ВОссThy, MPN)
Мусаева Н.	Доцент кафедры социальной работы и практической психологии БГУ им. К. Карасаева

### Рецензенты

Маймерова Г.Ш.	Заместитель директора по науке НЦОМид, д.м.н.
Омурова Ж. М.	Декан факультета семейной медицины КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова, доцент, к.м.н.

### Методологическая экспертная поддержка

Барыктабасова Б.К.	к.м.н., консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов
--------------------	--

## Выражение благодарности

Разработка «Руководства по домашнему визиту детей раннего возраста» инициирована Министерством здравоохранения (Указание МЗ КР №100 от 17.02.2017г.).

Выражаем благодарность за оказанную помощь в разработке руководства Боронбаевой Э.К. (бывшему главному специалисту УОМПиЛП МЗ КР), Юсуповой Б.А. (бывшему ведущему специалисту УОМПиЛП МЗ КР), Абдыкеримовой Г.М. (зам. директора ЦСМ №13, г. Бишкек), Кушбакеевой А.К. (бывшему зам. директора ЦСМ №19, г. Бишкек), Кудайбергеновой Ж.А. (зам. директора по сестринскому делу ЦСМ №8, г. Бишкек), Агыбаевой А.А. (участковой медсестре ЦСМ №13, г. Бишкек), Ильясовой А. (исполнительному директору Ассоциации "Кыргызстан айылдык ден соолук комитеттери"), Дунгановой Ж. (старшему преподавателю кафедры специальной педагогики КГУ им. И.Арабаева,), Токторбаевой Н. (методисту БМК,), Асаналиевой А. (ассистенту клинического директора Бишкекского центра аутизма и прикладного поведенческого анализа,), Асановой Т. (председателю ОО "Движение вперед"), Тентигеновой А.И. (старшему преподавателю кафедры социальной работы и практической психологии БГУ имени К.Карасаева), Исмаиловой А.Дж. (координатору по ВИЧ ГРП (группа реализации проекта) МЗ КР), Плотниковой О.Д. (специалисту РЦИ).

Выражаем благодарность представительству ЮНИСЕФ в Кыргызской республике за оказанную поддержку в разработке руководства по домашнему визитированию.

Благодарим д.м.н, профессора и координатора программ здравоохранения и питания ЮНИСЕФ в Кыргызстане Иманалиеву Ч.А. за методическую и консультативную помощь рабочей группе.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	
<b>I. Компетенции специалиста, осуществляющего домашние визиты</b>	
1.1. Общий профиль компетенции	
1.2. Кто и где осуществляет домашние визиты ?	
1.3. Коммуникативные навыки	
1.4. Составление ЭКО карты	
1.5. Управление случаем, сохранение записи и конфиденциальность	
1.6. Экологические основы домашнего визитирования. Уязвимость и жизнестойкость.	
1.7. Межсекторальное взаимодействие	
<b>II. Модели системы домашнего визита</b>	
2.1. Модели системы домашнего визитирования	
2.2. Существующая ситуация	
2.3. Кратность и содержание универсально-прогрессивной модели домашнего визитирования	
2.4. Группы риска	
2.5. Уровни риска	
2.6. Содействие жизнестойкости	
<b>III. Домашние визиты детей раннего возраста</b>	
3.1. Грудное вскармливание	
3.1.1. Оценка кормления грудью	
3.1.2. Распространенные трудности, связанные с грудным вскармливанием	
3.1.3. Сцеживание грудного молока	
3.1.4. Роль членов семьи в создании условий для эффективного грудного вскармливания	
3.1.5. Опасности искусственного вскармливания	
3.1.6. Кормления из чашки	
3.2. Кормление детей 6-24 месяцев жизни	
3.3. Уход за новорожденным и младенцев раннего возраста	
3.4. Болезни у новорожденных и младенцев раннего возраста	
3.5. Развитие детей раннего возраста	
3.5.1. Раннее детство – время бесконечных возможностей	
3.5.2. Развитие привязанности	
3.5.3. Вовлечение отцов	
3.5.4. Искусство воспитания ребенка любви, разговаривай, играй и читай	
3.5.5. Мониторинг развития детей раннего возраста	
3.6. Иммунизация	
3.7. Распространенные проблемы воспитания у детей	
3.8. Наиболее распространенные травмы у детей	
3.9. Распространенные болезни у детей и первая помощь	
<b>IV. Послеродовой период</b>	
4.1. Тревожные признаки у матери послеродового периода	
4.2. Послеродовая контрацепция	
4.3. Депрессия	
4.3.1. Как влияет депрессия/стрессы на развитие ребенка?	
4.3.2. Определение депрессии у родителей	
4.3.3. Поддержка родителей с депрессией	
<b>V. Домашние визиты детей из семей в трудной жизненной ситуации</b>	
5.1. Домашние визиты социального работника в рамках технологии «кейс менеджмента»	

5.2. Кратность домашних визитов в рамках социальной работы	
5.3. Задачи социального работника по оказанию социальных услуг семье и детям в ТЖС	
3.4. Социальная защита детей в ТЖС: вопросы и ответы	
3.5. Социально-психологическая защита семьи и ребенка от жестокого обращения в вопросах и ответах	
3.6. Социальная работа с приемными семьями и детьми	
Приложения 1. Форма записи для социальных работников	
Приложение 2. АКТ (обследования социально-бытовых условий)	
Приложение 3. АНКЕТА всесторонней оценки проблем ребенка, находящегося в ТЖС	
Приложение 4. Индивидуальный план по защите ребенка	
Приложение 5. АКТ изъятия ребенка из социально опасной семьи	
Приложение 6. Вопросы и ответы о пособиях	
Приложение 7. Заявление и уведомление о назначении единовременного пособия при рождении ребенка "балага суйунчу"	
Заключение	
<b>VI. Домашние визиты детям с ВИЧ инфекцией</b>	
6.1. Цель домашнего визита детей, живущих с ВИЧ инфекцией	
6.2. Действующая система служб по оказанию помощи людям с ВИЧ в Кыргызстане	
6.3. Дополнительная поддержка, которую могут оказывать те, кто посещают семьи на дому	
6.4. Важная информация по домашнему визиту	
6.5. Природа ВИЧ/СПИД и как он лечится с медицинской точки зрения	
6.6. Важность структуры среды, в которой живут дети с ВИЧ-инфекцией	
6.7. Воздействие таких явлений как стигма и дискриминация на семьи и детей с ВИЧ	
6.8. Важность соблюдения строгой конфиденциальности при работе с детьми с ВИЧ	
6.9. Уход и забота, в центре которых стоит семья	
6.10. Важность привязанности между родителем и ребенком	
6.11. Важность доброго отношения, открытости и отсутствия осуждений в работе с семьями, включая семьи в тяжелых жизненных ситуациях	
6.12. Важность предоставления семье возможности выбора и получение у них разрешения	
Приложение 1. Домашние визиты	
Приложение 2. Список навыков и умений для целевого домашнего визита	
Приложение 3. Документация	
Приложение 4. Практические идеи, помогающие вашему ребенку помнить о приеме своих лекарств	
Список литературы	

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>МЗ КР</b>	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
<b>РМИЦ</b>	Республиканский медико-информационный центр
<b>КГМИП и ПК</b>	Кыргызский государственнный медицинский институт подготовки и переподготовки кадров
<b>ВБ</b>	Всемирный Банк
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд ООН
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ЛПО</b>	Лечебно-профилактическая организация
<b>ЦОВП</b>	Центр общей врачебной практики
<b>ЦСМ</b>	Центр семейной медицины
<b>ПМСП</b>	Первичная медико-санитарная помощь
<b>ГВ</b>	Грудное вскармливание
<b>ГСВ</b>	Группа семейных врачей
<b>ИВБДВ</b>	Интегрированное ведение болезней детского возраста
<b>ФАП</b>	Фельдшерско-акушерский пункт
<b>МР</b>	Медицинский работник
<b>МТиСЗ</b>	Министерство труда и социальной защиты
<b>ОПО</b>	Общие признаки опасности
<b>МИКО</b>	Мульти-индикаторное кластерное обследование
<b>CDC</b>	Центр по контролю и профилактике заболеваний
<b>ФОМС</b>	Фонд обязательного медицинского страхования
<b>ФОР</b>	Финансирование основанное на результатах
<b>СКЗ</b>	Сельский комитет здоровья
<b>КУЗ</b>	Кабинет укрепления здоровья
<b>ЭШПД</b>	Эдинбургская шкала послеродовой депрессии

## ВВЕДЕНИЕ

Влияние услуг, предоставляемых на дому распространяется далеко за пределы вопросов выживания новорожденных детей раннего возраста: международный опыт, основанный на доказательствах свидетельствует о том, что программы посещения на дому могут играть важную роль в укреплении физического здоровья и развития школьной успеваемости и экономической продуктивности в особенности среди уязвимого населения вплоть до взросления.

По крайней мере, 100 лет, как посещение на дому был использован в качестве стратегии оказания услуг по улучшению здоровья и благосостояния семей<sup>1</sup>. Домашние визиты также продемонстрировали снижение жестокого обращения и насилия с детьми, снижение курения, употребление алкоголя во время беременности, увеличение охвата детей грудным вскармливанием, снижение последующих беременностей, усиление участия родителей, а также повышение уровня доходов семьи<sup>2</sup>.

Чтобы учесть меняющиеся нужды населения<sup>3</sup>, в некоторых странах, в том числе в Кыргызстане работают *семейные медсестры*. Ее обязанности фокусируются на всех членах семьи и всех возрастных группах, поэтому ее роль характеризуются более общими задачами в области сохранения здоровья. При возникновении трудной жизненной ситуации к работе с семьей подключается *социальный работник*, обеспечивающий адресную социально-психологическую помощь родителям и детям в привычных для них условиях.<sup>4</sup>

*Система здравоохранения* охватывает беременных женщин и семей детей раннего возраста такими услугами, как дородовое наблюдение, роды с участием обученных специалистов, амбулаторное наблюдение за детьми, иммунизация, мониторинг физического развития и ведение заболеваний у детей.

*Система социальной защиты* охватывает семьи, нуждающиеся в экстренной социально-психологической помощи, следующие целевые группы<sup>5</sup>:

- семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями здоровья;
- малообеспеченные, многодетная, неполные семьи;
- дети, оставшиеся без попечения родителей;
- социально-неблагополучные и конфликтные семьи, которые страдают алкогольной зависимостью;
- молодые семьи, находящиеся в социально опасном положении, нуждающиеся в социальной помощи и реабилитации;
- матери с новорожденными детьми, имеющих намерение отказаться от ребенка;
- семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей, состоящих на профилактическом учете в ИДН или имеющих условное осуждение.

*Дети наиболее уязвимы* в период жизни от зачатия до возраста в 24 месяца; некоторые риски являются следствием неадекватного питания, инфекций (ВИЧ, инфекций, передаваемых половым путем), употребления наркотиков и алкоголизма, плохого душевного здоровья воспитателей<sup>6</sup>. Имеется целый ряд факторов, которые приводят к тому, что некоторые семьи и дети оказываются более уязвимы и нуждаются в поддержке; среди таких

<sup>1</sup>Kitzman, H., Olds, D. L., et al. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. April 19, 2000. 284 (15):1983-1989.

<sup>2</sup>CDC Task Force on Community Prevention Services. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence; early childhood home visitation. *MMWR*, October 3, 2003.

<sup>3</sup>WHO Europe (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. Copenhagen: WHO Europe.

<sup>4</sup> *Трудная жизненная ситуация* - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), а также его морально-психологическое состояние, связанное с неспособностью самостоятельно преодолеть эту ситуацию. (ст.5, Глава 1, Раздел 1, Кодекс КР о детях, от 10 июля 2012 года № 100)

<sup>5</sup> Закон КР «Об основах социального обслуживания населения» от 19.12.2001 №111

<sup>6</sup>Lundberg and Wuermli, 2012



факторов: бедность, недостаток образования, низкая грамотность, плохое жилье и угроза насилия.

Домашние визиты в рамках социальной работы – это качественно новая технология в социально-психологической работе с семьей, способная обеспечить квалифицированную надомную социально-педагогическую и социально-психологическую помощь ребенку и родителям. Технология подразумевает визит специалистов в семью, обеспечивающий адресную социально-психологическую помощь родителям и детям в привычных для них условиях, направленную на восстановление функционирования семьи и ее успешную социальную интеграцию<sup>7</sup>. Визитирование не предусматривает насильственное вхождение в семью, происходит лишь с согласия клиента, имеет единственную цель – оказать различные виды социальных услуг семье и детям.

Важнейшие вопросы, влияющие на здоровье ребенка, его благополучие и достижения на протяжении всей жизни, такие, как взаимоотношения между родителями и ребенком, чуткое и заботливое воспитание, развивающая и безопасная домашняя среда, недопущение жестокого обращения с ребенком и/или его заброшенности, а также раннее выявление рисков или уязвимости – которые так хорошо можно было бы поддерживать в домашней среде – еще не решаются должным образом.

Посредством осуществления домашних визитов к ребенку можно выявить проблемы в семье, факторы риска окружающей среды, состояния здоровья родителей и членов семьи ухаживающих за ребенком препятствующих развитию ребенка. Домашние визиты создают возможность своевременной поддержке семьи для создания благоприятной среды для полноценного развития ребенка.

## **ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДОМАШНЕГО ВИЗИТА**

### ***Основные цели и задачи домашнего визита медицинского работника ПМСП:***

- консультирование в целях полноценного ухода и развития детей раннего возраста в семье и способствовать укреплению их здоровья;
- раннее выявление потребностей/рисков и принятие действий в соответствии с выявленными рисками и уязвимостью;
- выявление сильных сторон семьи и подход на основе посещений на дому.

### ***Основные задачи домашнего визита в социальной работе:***

- экстренное реагирование на изменение социальной ситуации в семье;
- ведение учета лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- первичная оценка социальной ситуации в семье (установление причины возникновения у семьи и ее членов трудностей, конфликтных ситуаций);
- всесторонняя оценка ситуации (поиск ресурсов в социальном окружении семьи, акцент на ее сильных сторонах);
- социальное сопровождение семьи и детей и участие в реализации ИПЗР;
- повышение родительской компетентности семей, нормализацию детско-родительских отношений
- Организация и координация работы межведомственной команды.

---

<sup>7</sup> Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации от 22 июня 2015 года № 391

Однако для выполнения вышеперечисленных требуется, чтобы медицинские и социальные работники, которые осуществляют домашние визиты были квалифицированными и высокопрофессиональными<sup>8</sup>.

## I. КОМПЕТЕНЦИИ СПЕЦИАЛИСТА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ

### 1.1. ОБЩИЙ ПРОФИЛЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ

**Домашние визиты** – обладает своей особой спецификой. Она фокусируется на семье и отдельных людях в период беременности и после рождения ребенка. **Она делает невидимое видимым.**

Домашние визиты требуют от МР множества навыков и знаний, связанных с работой с отдельными лицами, семьями и общинами.



Домашние визиты должно продолжаться приблизительно **30-60 минут** и обладать определенной структурой и последовательностью в отношении целей и задач. Однако у МР, должна быть возможность отреагировать на любые нужды, о которых заявили родители.

Следующим шагом будет изучение определенных **требований в области образования и опыта работы специалиста.**

**Помните, специалист всегда должен быть вежливым с семьей, а также:**

- иметь новые актуальные информации;
- иметь четкие цели и задачи для посещения;
- быть подготовленным и иметь всю информацию и ресурсы, актуальные для этого посещения;
- по прибытии представиться, указав название/месторасположение вашего учреждения, вашу роль и цель посещения;

<sup>8</sup> Engle, P. L., Fernald, L. C. H., Alderman, H., Behrman, J., O'Gara, C., Yousafxai, A. et al. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378, 1339-1353.

- установить, кто живет по этому адресу, и получить информацию о других людях, имеющих отношение к семье, например, о теще или свекрови, о друзьях; это поможет понять динамику семьи;
- при осуществлении контактов «не забывать о ребенке».

<b>ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ</b>	
<b>ОБРАЗОВАНИЕ И ОПЫТ РАБОТЫ:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• иметь высшее или среднее медицинское образование</li> <li>• иметь сертификат специалиста по семейной медицине</li> </ul>	
<b>1.</b>	<p><b>Знания о:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- важности первых лет жизни (питание, общее развитие ребенка, умственное, социально-эмоциональное, поведенческое развитие, развитие речевых и языковых навыков)</li> <li>- существующих положениях, программах, руководствах/протоколов/стандартов и приказов, касающихся здоровья и ухода детей, а также социальной политики в Кыргызской Республике</li> <li>- методах защиты детей, при наличии факторов риска и проблемах по защите детей, когда, куда и как следует обратиться и работать с другими организациями (межсекторальный подход)</li> <li>- информации по сохранению конфиденциальности</li> <li>- культуре и традиции разных национальностей</li> <li>- домашней безопасности и инфекционного контроля</li> </ul>
<b>2.</b>	<p><b>Навыки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- высокий уровень практических навыков по работе с индивидуумом, семьей по укреплению здоровья ребенка, матери и семьи</li> <li>- слушать и коммуникативные навыки</li> <li>- продолжать профессиональное обучение</li> <li>- критического мышления для выявления пагубных гендерных стереотипов и практик в семье, для того, чтобы поощрять здоровые отношения между членами семьи и равные возможности для полноценного развития и благополучия ребенка</li> </ul>
<b>3.</b>	<p><b>Возможности:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обучать практику родительства (включая ответственность, заботливый/отзывчивый уход и стимулирование)</li> <li>- знать и использовать ресурсы общин для поддержки нужд ребенка и семьи</li> <li>- координировать услуги сектора здравоохранения с др. секторами</li> <li>- понимать и использовать инструменты мониторинга существующих программ в области здравоохранения и социальной защиты</li> <li>- работать в команде, включая специалистов из др. секторов</li> </ul>

## **1.2. КТО И ГДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ?**

Далее рассмотрим **кто, как и где** могут осуществлять домашние визиты.

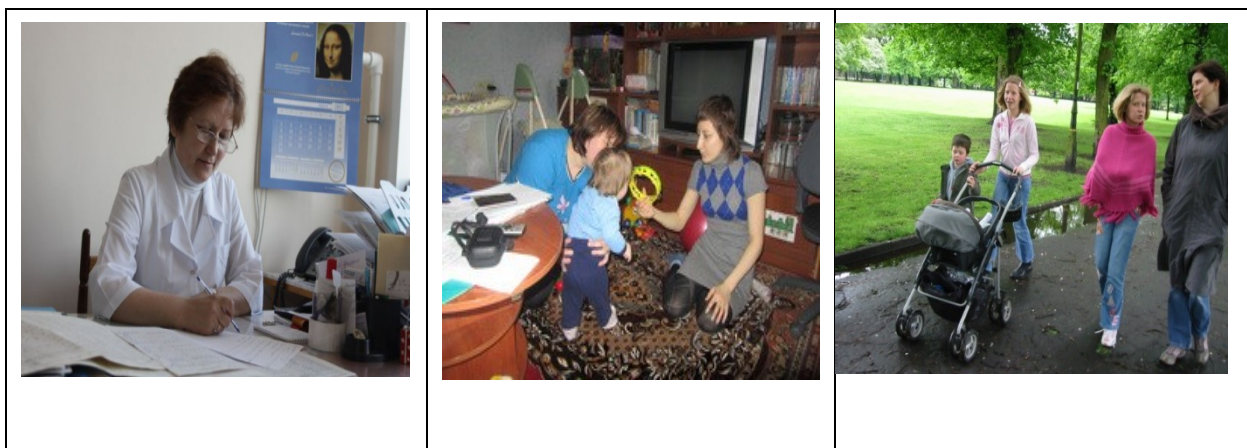
**Домашние визиты** могут осуществлять **медицинские работники ПМСП, работники центра укрепления здоровья, волонтеры сельского комитета здоровья** для раннего выявления факторов риска, как на индивидуальном уровне, так и на уровне семьи и общества.

При наличии определенных **факторов риска** к медицинским работникам (далее МР) присоединяются социальные работники для поддержки семьи в зависимости от потребности ребенка и членов семьи согласно Положению «социального работника».

Работа медицинского работника с семьей может происходить в различной обстановке и местах:

- **в ГСВ/ФАП или другой организации**, надо чтобы семьи чувствовали, что им здесь рады, – чтобы побуждать семьи пользоваться их услугами;
- **дома**: это место, где МР может оценить нужды, связанные со здоровьем, социальные потребности семьи, задать трудные вопросы, а также понаблюдать, каковы отношения между членами семьи и какие ресурсы имеются у семьи для того, чтобы способствовать росту и развитию ребенка. Важно уважать культуру и традиции семей и помнить о собственной безопасности;
- **местное сообщество**: МР может встретить семью на улице или в парке. Поскольку это не частное пространство, следует заботиться о том, чтобы не говорить о конфиденциальных или болезненных для семьи темах.

Однако можно воспользоваться этой возможностью, чтобы пригласить в ГСВ/ФАП или в др. организацию, в родительские группы или запланировать посещение на дому.



### **1.3. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ**

При посещении ребенка на дому очень важно установить с семьей хорошие отношения.

Возможно, в ходе визита необходимо будет консультировать ребенка по уходу и питанию за больным ребенком дома. Поэтому очень важно с самого начала установить с матерью доверительные отношения.

Существуют простые методики, которые сделают встречу дома с матерью и ребенком более эффективной.

**Надлежащим образом, без спешки поприветствуйте мать** и пригласите ее сесть.

**Постарайтесь:**

- **избегать слов, несущих суждения о матери и о ребенке**, например, "неправильно", "плохо"
- сесть так, чтобы ваша **голова была на одном уровне** с головой матери
- **внимательно** смотреть на мать, когда она говорит

- **устранить барьеры** (стол или записи) между вами и матерью
- дать матери **понять, что у вас есть время** выслушать ее.

**Спросите мать, какие у ребенка проблемы.** Задавать вопросы необходимо еще и для того, чтобы начать общение с матерью. Эффективное общение помогает убедить мать в том, что ее ребенку будет предоставлен хороший уход. В ходе визита на дому вы должны будете обучить мать и дать ей рекомендации по уходу за ребенком на дому. Это будет легче сделать, если у вас установятся хорошие отношения с матерью с самого начала вашего общения.

Если вы уже осуществляли домашний визит несколько дней назад и была выявлена определенная проблема ухода за ребенком или др., то это считается последующим осмотром. Целью последующего осмотра является определить, помогли ли ребенку ваши рекомендации, советы. Насколько точно мама выполняла за эти дни ваши советы. Если нет, то выясните причины невыполнения ваших советов. Подумайте о будущих действиях по устранению существующих проблем вместе с родителями ребенка.

### **ПОЛЬЗУЙТЕСЬ НАВЫКАМИ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ**

- **Внимательно слушайте**, что говорит вам мать. Таким образом, вы продемонстрируете ей, что серьезно относитесь к тому, что ее беспокоит.
- **Используйте слова, понятные матери.** Если она не поймет вопроса, который вы ей задаете, она не сможет дать информацию, необходимую для правильной оценки и классификации ребенка.
- **Дайте матери время ответить на вопрос.** Например, ей может потребоваться время, чтобы подумать, есть ли у ребенка тот симптом, о котором вы спрашиваете.
- **Задавайте дополнительные вопросы**, если мать не уверена в ответе. Когда вы спрашиваете мать о каком-либо из основных симптомов или связанных признаков, она может сомневаться, имеется ли он. Задавайте дополнительные вопросы, чтобы она могла дать более четкий ответ.

**Вы можете использовать навыки общения при домашнем визитировании, чтобы:**

- **Слушать и узнавать** о том, во что верят женщины, уровень ее знаний и ее практику.
- **Улучшить уверенность** женщины и **похвалить практики**, которые вы хотите поощрить.
- **Дать информацию.**
- **Предложить какие-либо изменения**, чтобы женщина могла их рассмотреть, если в этом есть необходимость.
- Организовать **последующее наблюдение** за женщиной.

### **Навыки «слушать и узнавать»**

Словесное общение – это *вербальная коммуникация*. Не менее важным является *невербальная коммуникация* – язык тела, который мы используем и наблюдаем при общении с матерью.

#### **1. Используйте полезные невербальные коммуникации.**

Невербальные коммуникации с матерью могут помочь ей почувствовать себя спокойной и способной слушать.

Используйте некоторые полезные невербальные способы общения во время беседы:

- Во время беседы сядьте рядом с матерью и на том же уровне.
- Удалите любые физические барьеры между вами, такие как стол или папки с документами в руках.
- Обратите внимание на мать, старайтесь не отвлекаться и показать, что вы слушаете, кивая, улыбаясь, и используя другие подходящие жесты.

- Не торопитесь и не смотрите на часы.
- Прикоснитесь к ней соответствующим образом (например, положив руку ей на плечо). Не прикасайтесь к ее груди или ее ребенку без ее разрешения.

## 2. Задавайте открытые вопросы

Когда вы собираетесь помочь матери, вам нужно узнать: какова ситуация, есть ли у нее трудности с тем, что она делала, что у нее получилось, а что нет. Если вы будете задавать вопросы таким образом, что будет побуждать женщину говорить с вами, то вам не нужно будет задавать слишком много вопросов.

Открытые вопросы, как правило, наиболее полезные. Они побуждают мать дать больше информации. Открытые вопросы обычно начинаются с вопросов: **«Как?», «Что?», «Когда?», «Где?», «Почему?»**.

На закрытые вопросы можно ответить **«Да» или «Нет»**, и вы задавая закрытые вопросы, не сможете получить много информации. Закрытые вопросы обычно начинаются с таких слов, как «ты? или вы?», «с ребенком?» Например, «Кормили ли вы грудью своего предыдущего ребенка?».

Вы можете подумать, что мать не желает говорить с вами. Мать может опасаться, что она даст неправильный ответ. Иногда закрытый вопрос предполагает, что есть какой-то «правильный» ответ, и мать может дать именно этот ответ, независимо от того является ли это правдой, думая, что это то, что вы хотите услышать.

## 3. Поощряйте матери говорить – покажите, что вам это интересно и отражайте ее слова.

Используя кивки, улыбку или такие фразы: «Хм», или «Пожалуйста, продолжайте!», мы можем показать, что мы заинтересованы в том, о чем рассказывает женщина. Отражение слов матери покажет ей, что вы слушаете ее, это поощряет ее сказать больше. При отражении слов матери используйте другие слова, чтобы это не звучало так, как будто вы ее копируете.

В разговоре полезно внушить матери и задавать одновременно другие вопросы «На самом деле?», «Пожалуйста, продолжайте», или задавайте открытые вопросы.

## 4. Выразите сопереживание, свое желание понять ее чувства

Эмпатия или сопереживание показывает, что вы слышите то, что мать говорит, и вы пытаетесь понять, что она чувствует. Вы смотрите на ситуацию с ее точки зрения. Сочувствие – это другое. Когда вы сочувствуете человеку, вы смотрите на это с вашей точки зрения.

Полезно, сопереживать и хорошим чувствам матери тоже, а не только ее негативным чувствам.

Вам может понадобиться узнать у нее больше фактов, но сделать это нужно после того, как вы поймете, что она чувствует в этой ситуации.

## 5. Избегайте оценивающих слов

Слова, которые могут звучать так, как будто вы оцениваете: правильно, неправильно, хорошо, плохо, достаточно, как надо, адекватный, проблема. Такие слова заставляют женщину чувствовать себя так, будто ей нужно достичь каких-то стандартов, или, правильно ли развивается ее ребенок.

## 6. Навыки по повышению уверенности и оказанию поддержки

Ваши коммуникативные навыки могут помочь матери чувствовать себя хорошо и уверенно в том, что она будет хорошей матерью. Уверенность может помочь матери следовать своим решениям и противостоять давлению со стороны других людей.

Чтобы помочь повысить уверенность и оказать поддержку, МР должен **принять то, что говорит и что чувствует мать**.

Мы можем принять идеи матери и ее чувства, не пытаясь возразить ей или говоря ей о том, что ей нечего беспокоиться. Принять то, что она говорит, не означает согласиться с тем, что она права. Вы можете принять то, что она говорит и дать ей правильную информацию позже. Принимая то, что мать говорит, вы можете ей довериться вам и поощряете ее продолжать разговор.

- **Организируйте наблюдение и постоянную поддержку**

После завершения беседы, у матери могут оставаться вопросы, на которых не хватило времени, или она, возможно, затрудняется использовать на практике рекомендации. Важно организовать наблюдение и постоянную поддержку:

- Узнайте, какую помощь она может получить от своей семьи и друзей.
- Предложите встретиться в другое время и поговорить с ней снова.
- Поощрите ее навестить вас или другого МР, чтобы помочь в случае наличия сомнений или вопросов.
- Направьте ее в группу поддержки на уровне сообщества, если это возможно.
- Направьте ее к эксперту для оказания специализированной консультации в случае необходимости.

Многие матери не в состоянии сделать то, что они хотят сделать, или то, что вы им предлагаете сделать. При обсуждении нужно проанализировать ситуацию в доме. Члены семьи, деньги в домашнем хозяйстве и время, здоровье матери и обычаи и традиции, принятые в семье и сообществе, являются важными факторами, которые влияют на то, что мать может сделать.

Помните, вы не должны принимать решение за мать или заставить ее сделать то, что вы считаете, будет для нее лучшим. Вы можете слушать ее и повышать ее уверенность в себе, так чтобы она могла решить, что является наилучшим для нее и ее ребенка.

**Общаться – это не просто предоставлять информацию, это умение слушать и укреплять уверенность.**

**Таким образом, слушать и узнавать:**

- Используйте полезные невербальные коммуникации.
- Задавайте открытые вопросы.
- Покажите интерес и отражайте то, что говорит мать.
- Сопереживайте, чтобы показать, что вы понимаете чувства матери.
- Избегайте оценивающих слов.

**Укрепление доверия и поддержка:**

- Примите то, что мать думает и чувствует.
- Выявляйте и признавайте то, что мать и ребенок делают правильно.
- Окажите практическую помощь.
- Дайте немного соответствующей информации с использованием подходящего языка.
- Делайте одно или два предложения, а не команды.

**Навыки эффективного общения:**

- Внимательно слушайте, что говорит вам мать.
- Пользуйтесь словами, понятными матери.
- Дайте матери время ответить на вопросы.
- Задайте дополнительные вопросы, если мать сомневается в ответе.
- Задайте матери дополнительные вопросы, чтобы она могла дать вам более четкий ответ.

## **1.4. СОСТАВЛЕНИЕ ЭКО-КАРТЫ СЕМЬИ**

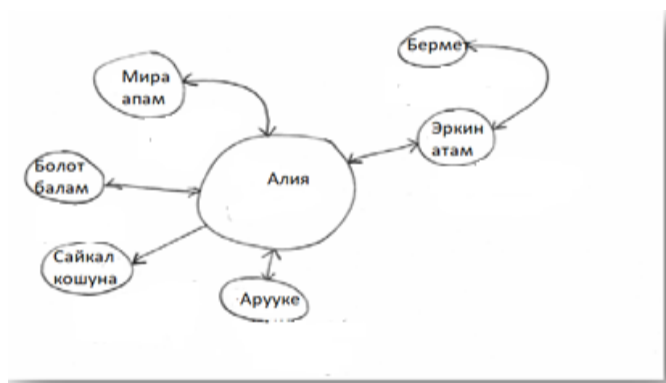
Эко-карта является визуальным представлением взаимоотношений и связей между людьми и окружающей средой. Ее ввела в 1978 г. социальный работник Энн Хартман, и ее обычно используют как средство представить в деталях состав семьи и всех других важных людей, связанных с этой семьей. Создание эко-карты является полезным способом определить взаимоотношения внутри семьи, отмечая связи между детьми и взрослыми, а также источники помощи. Эко-карту можно составить вместе с семьей, а получившуюся диаграмму или рисунок можно использовать для того, чтобы обсудить ключевых взаимоотношений, источников влияния и сильных сторон внутри семьи.

Используя указания ниже, составьте эко-карту для самого себя. Она запечатлеет ваши собственные взаимоотношения с семьей и друзьями.

### Как составить свою эко-карту

1. Возьмите чистый лист бумаги.
2. В центре нарисуйте кружок и напишите в нем свое имя.
3. Вокруг него нарисуйте кружки, представляющие других людей в вашей жизни, например, вашего мужа/жены, детей, родителей, братьев и сестер, друзей и коллег по работе.
4. Рядом с каждым именем, обозначьте вашу связь с этим человеком, указав:
  - В** = ваши **взаимоотношения**, например, мать, друг или партнер.
  - П** = **поддержка**, которую обеспечивает этот человек, например, эмоциональная, финансовая, практическая помощь.
  - Ч** = **частота** поддержки, например, каждый день, еженедельно или иногда.
5. Нарисуйте стрелки между этими кружочками и вашим кружочком, показав, приносит ли данное взаимоотношение пользу обоим людям.

Попытайтесь составить эко-карту для одного из детей, которых вы посещаете, указав взаимоотношения с родителями, воспитателями и специалистами, работающими в местном сообществе.



Используйте составление эко-карты для того, чтобы понять семью и ее взаимоотношения. Нарисуйте семью в виде большого круга в центре страницы, обозначив внутри этого круга членов семьи мужского пола в виде квадратиков, а женского – в виде кружочков. Нарисуйте кружочки вокруг этого большого круга, чтобы обозначить различные учреждения, организации или сооружения, например, мечит, школу, ГСВ/ФАП и прочее. Далее проведите соединительные линии, отметив, каковы эти взаимоотношения:

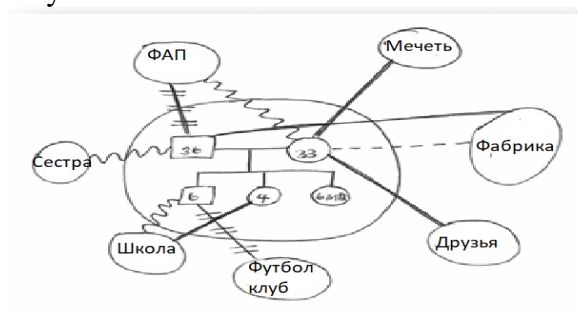
- Прочные = сплошная прямая линия \_\_\_\_\_
- Напряженные = волнистая линия ~~~~~
- Непрочные, слабые = пунктирная линия - - - - -
- Разорванные = линия, которая перечеркнута рядами палочек // //



В приведенном примере семья состоит из отца и матери в возрасте 36 и 33 лет, сына 6 лет и двух дочерей в возрасте 4 лет и 6 месяцев. Сыну посещение школы дается нелегко и вызывает у него напряжение, и он перестал посещать футбольный клуб. Напротив, 4-летней дочери посещение школы (детсада) нравится, и у нее там хорошие отношения с воспитателем. Есть опасность, что 6-месячный ребенок не получит должного медицинского внимания, поскольку у родителей отсутствуют хорошие отношения с ФАПом. Отец работает на фабрике, и его работа стабильна, но матери удастся работать лишь на временной работе и ее взаимоотношения с фабрикой слабые. Хотя у матери хорошие отношения с мечеть, и у нее есть хорошие друзья, у нее нет ни братьев, ни сестер, ни родителей. Ее муж всегда спорит со своей сестрой, и поэтому эти взаимоотношения создают стресс в семье.

Попытайтесь отобразить эти взаимоотношения на эко-карте, используя пояснения, приведенные выше (прежде, чем посмотреть на ответ). Такую эко-карту можно затем использовать во время вашего посещения семьи, чтобы понять, как проводить работу с родителями, чтобы обеспечить детям доступ к услугам.

Если у вас возникли трудности, когда вы составляли эту эко-карту, то теперь посмотрите на рисунок внизу.



## 1.5. УПРАВЛЕНИЕ СЛУЧАЕМ (КЕЙС МЕНЕДЖМЕНТ). СОХРАНЕНИЕ ЗАПИСИ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Некоторым семьям требуется дополнительная поддержка, например, когда у матери умеренная депрессия необходимо осуществлять дополнительно домашние визиты, чтобы оказать поддержку и консультирование (улучшенные/прогрессивные визиты), в то же время, предлагая универсальные услуги.

Также некоторые семьи могут иметь потребность в комплексных услугах и консультации от других специалистов (целевые/интенсивные визиты), которые требуют управления случаями, но они по-прежнему также должны получать универсальные услуги. Важно знать, как и куда обращаться, и если семья или ребенок находятся под угрозой, необходимо действовать согласно рекомендациям национальных руководств/протоколов.

### Управление случаем включает в себя следующее:

- всестороннюю оценку положения семьи и ребенка;
- разработку индивидуального плана;
- координацию услуг, предоставляемых различными специалистами;
- управление и контроль этих услуг с семьей;
- время от времени пересматривать потребности семьи.

### Сохранение записи и конфиденциальность

МР несет ответственность за защиту информации о семье. Он не должен обсуждать проблемы семьи, с которыми они работают, в многолюдных местах, где другие могут подслушать, а также он не должен оставлять записи в местах, где их могут прочитать посторонние люди.

МР должен следить за тем, чтобы информация оставалась конфиденциальной, но в то же время предоставлять эту информацию лицам, которые имеют законные основания для

этого, например, для направления/перенаправления согласно национальным руководствам /протоколам.

В большинстве случаев необходимо получить согласие от семьи, прежде чем делиться информацией - семье нужно будет знать, к кому вы обращаетесь, и почему и давать на это согласие устно или письменно.

МР должен быть в курсе если семьи обращаются к другим службам и обеспечить доступность необходимых услуг.

## 1.6. ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДОМАШНЕГО ВИЗИТА УЯЗВИМОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Дети в возрасте до 2-х лет наиболее уязвимы и для них некоторые риски являются следствием неадекватного питания, частых инфекций (в т.ч. ВИЧ инфекции), наличия депрессии и употребления родителями наркотиков и алкоголизма.

Способность противостоять рискам и неблагоприятным факторам в жизни определяют, как **жизнестойкость**. Что касается детей, то их жизнестойкость или «способность к позитивной адаптации в условиях неблагоприятных факторов» зависит, в известной мере, от характера их взаимоотношений с их родителями, жизнестойкости их и условий в местном сообществе.

МР предоставляет услуги в соответствии с экологическими принципами, разработанным Бронфенбреннером (Рис. 3), согласно которым индивид является частью своего окружения. Это означает, что нужды детей определяются как часть ситуации в семье. Ресурсы, доступные семье, также связаны с теми взаимодействиями, которые у семьи имеются с сообществом. Таким образом, МР при оказании услуг принимает во внимание «всю картину в контексте».

Эти факторы могут быть на индивидуальном уровне, или уровнях семьи и местного сообщества.

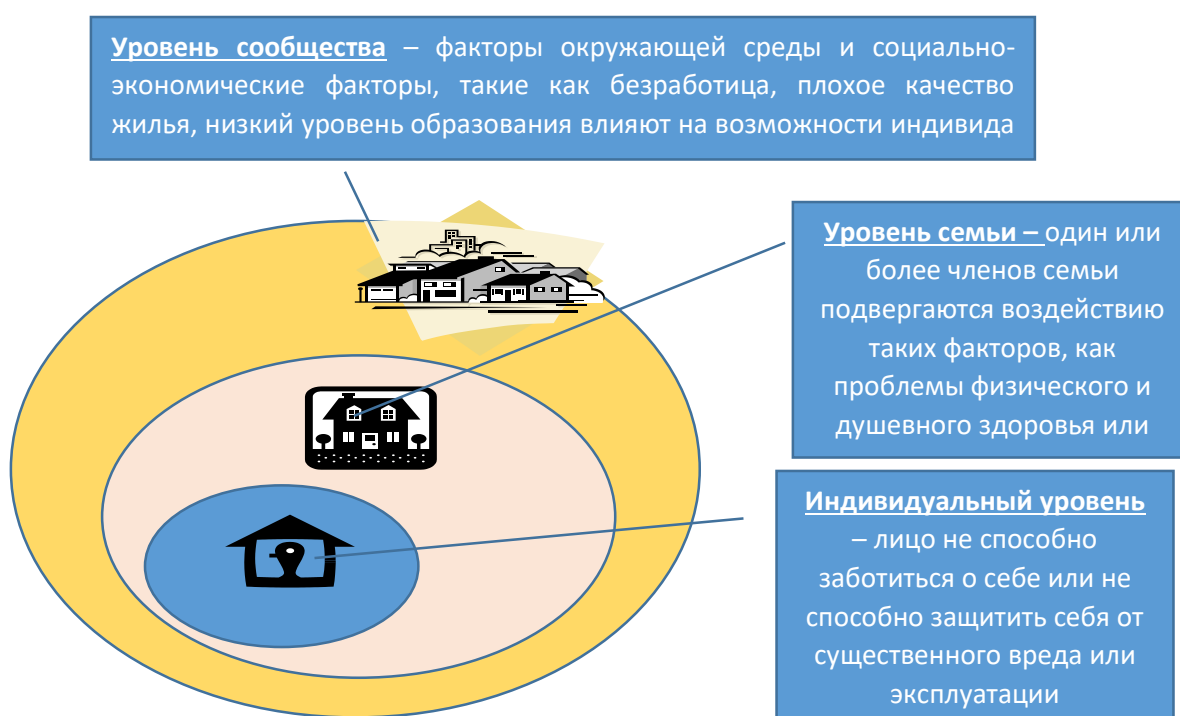


Рис. 3.

## 1.7. МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Чтобы достигать наилучших результатов в интересах семей, МР необходимо работать в тесном сотрудничестве со специалистами других секторов, развивая партнерства – чтобы осуществляемая поддержка была скоординированной и всесторонней. С этим могут быть трудности, особенно когда специалисты работают в разных организациях, когда у них разные цели, их работа фокусируется в основном на чем-то другом, и они обладают иной групповой идентичностью. В таких обстоятельствах коммуникацию может быть наладить трудно, и это может занять много времени. Обеспечение хорошей коммуникации потребует создания согласованных механизмов для обмена информацией, таких как использование электронной почты, телефона и личных встреч.

**Стратегии поддержания хорошей коммуникации**, которые рекомендуются в работе (Owens, 2009), включают следующие:

- установление контакта по телефону;
- использование журналов или дневников;
- приглашение другого специалиста для планирования совместной встречи с семьей;
- посещение тренингов или информационных собраний, которые проводятся внешними специалистами;
- посещение особых или очередных собраний.

На коммуникацию придется выделять время, и следует использовать все возможности, чтобы понять роли других специалистов и секторов. Исследования межсекторального (т.е. с участием специалистов разных профессий) обучения показывают, что такое обучение помогает каждому специалисту понять роли других специалистов, а это облегчает развитие хороших взаимоотношений и сильных рабочих партнерств (Darlow et al., 2015).

Предпринимать усилия для работы в партнерстве с другими специалистами и семьями является ответственностью каждого. Как специалист, вы ответственны за то, чтобы продумывать, как вы можете начать партнерство с другим сектором, если это повлечет за собой улучшение качества услуг и поможет семье. Обмен информацией является важной частью работы в партнерстве, поскольку это способствует лучшему пониманию потребностей, может помочь проведению оценки и тем самым укрепит систему направления семей/детей к необходимым специалистам.

**Межсекторальное взаимодействие помогает лучше понять, какой профессиональный имидж мы создаем, и захотят ли люди обращаться к нам. Помните, что, как мы выглядим и говорим, создает у людей непосредственное впечатление и поэтому влияет на то, как они интерпретируют наши слова.**

## II. ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

### 2.1. МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ДОМАШНЕГО ВИЗИТА

На сегодняшний день существуют различные модели системы домашнего визита: универсальный, целевой и смешанный «универсально – прогрессивная модель».

Универсальная модель **системы домашнего визита (далее ДВ)** обеспечивает посещение всех семей в качестве дополнения к медицинским услугам для детей, предоставляемым семейными врачами или медсестрами. Её цель состоит в том, чтобы помочь всем семьям в обеспечении наиболее подходящих ресурсов по уходу,

сохранении здоровья, полноценного питания, привязанности и стимулирования для обеспечения оптимального роста и развития, а также для предотвращения последствий неблагоприятных социальных факторов. **Универсальная модель ДВ** охватывает пренатальный период - в идеале, когда планируется беременность, до дошкольного/детсадовского возраста. Типичный домашний визит МР основывается на подходе консультирования (слушать, наблюдать, спрашивать, оценивать, хвалить, советовать, показывать) и включать в себя, в зависимости от времени, вопросы, начиная от здоровья и благополучия матери до здоровья и развития детей и общей ситуации в семье.

**Рис. 1. ЮНИСЕФ: Схема универсальной прогрессивной модели ДВ**



**Смешанная «универсально – прогрессивная модель» ДВ** преодолевает ограничения как универсальной, так и целевой модели, комбинируя их, для обеспечения максимальных преимуществ (см рис. 1). Универсальные (необходимые) услуги МР доступны для всех семей, а прогрессивные (усиленные + интенсивные) услуги посещения предоставляются ограниченному количеству семей, на основе оценки рисков и потребностей. При данной модели домашние визиты могут варьировать от одного дополнительного (например, помочь молодой матери наладить грудное вскармливание) и до регулярных интенсивных услуг для решения проблем, связанных с насилием и жестоким обращением с детьми, бедностью, задержкой развития и др. серьезными проблемами с которыми сталкиваются семьи.

Смешанный подход в настоящее время используется в Европе, особенно в Великобритании и др. В ходе обширных консультаций с международными экспертами и представителями стран и в результате проводимой в Анкаре региональной конференции ЮНИСЕФ на домашнем визите был достигнут консенсус в отношении принятия этого смешанного подхода к услугам по посещению дома в регионе ЦВЕ/СНГ.

В случаях высокой уязвимости могут осуществляться более интенсивные мероприятия, требующие междисциплинарной поддержки посредством сотрудничества учреждений здравоохранения, социальных и образовательных служб.

Эта модель предполагает во первых: достаточное количество посещений на дому (что значительно меньше, чем количество существующих в настоящее время услуг по посещениям специалиста в большинстве стран ЦВЕ/СНГ, но соответствует существующим услугам в Западной Европе), которые предлагаются всем семьям с целью обеспечения необходимых профилактических и ускоряющих мероприятий - **универсальный пакет**; и во вторых большее количество ресурсов ориентировано на семьи и детей, в отношении

которых обнаружены специфические риски и незащищенность, которым дополнительные мероприятия предоставляются на основе конкретных потребностей - *прогрессивный (усиленный + интенсивный) пакет*.

**Целевая модель ДВ** ориентирована на семьи и детей, которые имеют высокие риски или особые потребности в связи с медицинскими, психосоциальными и экономическими обстоятельствами. Но эта модель не учитывает потребности широких слоев населения (беременных женщин, детей и их родителей).

Целевое ДВ предназначен для оказания специализированной поддержки нуждающимся семьям. Различные специалисты такие как медицинские, социальные работники, психологи и др. узкие специалисты в зависимости от показаний могут проводить такой визит на дому.

Например, ребенку с ВИЧ инфекцией дополнительные домашние визиты осуществляют медсестры инфекционных кабинетов для обеспечения практической, психосоциальной поддержки и приверженности к терапии. Данные посещения ими осуществляются к поддержке, предоставляемой всеобщему домашнему визитированию.

Беседа с матерью и с ребенком о важности и своевременности приема лекарств таким детям могут дать медсестры инфекционного кабинета, которые имеют практические знания и навыки в этой области.

## 2.2. СУЩЕСТВУЮЩАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДОМАШНЕМУ ВИЗИТУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В настоящее время наблюдение за здоровым ребенком (на приеме и визиты на дом (патронаж) осуществляется на основании Приказа МЗ КР №585 от 09.10.2015г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения КР».

Согласно приложения №2 вышеупомянутого приказа МЗ КР №585 от 09.10.2015г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения КР», семейный врач с медсестрой впервые посещает новорожденного на дому в течение первых 3-х дней после выписки из роддома. В последующем они посещают ребенка на дому по мере необходимости, при наличии показаний, по просьбе медсестер или фельдшеров. Кратность посещений ГСВ/ФАП и посещения ребенка на дому изложены на Рис. 2.

**Рис. 2. Кратность посещений ГСВ/ФАП и посещения ребенка на дому<sup>9</sup>**



Согласно данному приказу медицинскими работниками дородовый патронаж за беременными женщинами осуществляется дважды: в первой и во второй половине беременности и семейная медсестра проводит патронаж к ребенку первого года жизни 16 раз

<sup>9</sup> Согласно Приказу МЗ КР №585 от 09.10.2015г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения КР»

и 10 раз с 1 года до 7 лет. Семейный врач проводит осмотр ребенка (на приеме) в ГСВ/ФАП первого года жизни 11 раз и с 1 года до 7 лет 10 раз.

В связи, с чем пересмотрен кратность и содержание домашних визитов семейной медицинской сестрой на уровне ПМСП с учетом особенностей периода новорожденности, грудного вскармливания, введения прикорма, первой вакцинации и оценки мониторинга развития ребенка. Пересмотренный документ утвержден приказом МЗ КР №33 от 23.01.2019г.

## 2.2. СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ ОТ 0 ДО 18 ЛЕТ (универсальная модель домашнего визита)

**Таблица 1. Кратность посещений ГСВ/ФАП и домашнего визита  
здорового ребенка от 0 до 18 лет**

№	Возраст	Количество домашних визитов	Посещение ГСВ/ФАП (на приеме)
1.	Период новорожденности	3	-
2.	До 1 года	2	5
3.	С 1 года до 7 лет	3	7
<b>Домашние визиты группы риска новорожденным и детям до 7 лет в зависимости от индивидуальных потребностей и индивидуальных планов</b>			

## СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ от 0 до 18 лет (универсальная модель ДВ)<sup>10</sup>

Возраст	В ЦСМ/ГСВ		Посещение на дому
	Семейный врач	Специальные исследования/консультации*	Специалист ЦСМ/ГСВ
Первые 3 дня после выписки из роддома	На дому	Оценка кормления и ухода за новорожденным	Семейный врач и семейная медсестра
На 7-14 день жизни	-	Оценка кормления и ухода за новорожденным	Семейная медсестра
На 21 день жизни	-	Оценка кормления и ухода за новорожденным	Семейная медсестра
1,5 месяца (6 недель)	-	Оценка питания, ухода в целях развития ребенка. Подготовка в вакцинации.	Семейная медсестра
2 месяца	Прием	Первая пента вакцинация, ПКВ-1 и ОПВ Осмотр невролога и окулиста по показаниям	
3,5 месяца	Прием	Вторая пента вакцинация и ОПВ	
5 месяцев	Прием	Третья пента вакцинация, ПКВ-2 и ОПВ	
6 месяцев	Прием	Введение прикорма	

<sup>10</sup> Содержание домашнего визитирования изложено в Приказе МЗ КР №33 от 23.01.2019г. «О наблюдении за здоровыми детьми 0-18 лет на уровне первичного звена здравоохранения»

		Определить уровень гемоглобина крови	
7 месяцев	-	<i>Оценка прикорма и развития ребенка</i>	Семейная медсестра
9 месяцев	Прием	<i>Оценка прикорма и развития ребенка</i>	
12 месяцев	Прием	ПКВ-3 и КПК Осмотр узких специалистов по показаниям Определить уровень гемоглобина крови	
1,5 года	-	<i>Оценка статуса питания и развития ребенка</i>	Семейная медсестра
2 года	Прием	Перед ревакцинацией АКДС определить уровень гемоглобина крови. Перед поступлением в ДДО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр узких специалистов по показаниям;</li> <li>• определить уровень гемоглобина крови;</li> <li>• анализ кала на я/глист.</li> </ul>	
2,5 года	-	<i>Оценка статуса питания и развития ребенка</i>	Семейная медсестра
3 года	Прием	Перед поступлением в ДДО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр узких специалистов по показаниям;</li> <li>• определить уровень гемоглобина крови;</li> <li>• анализ кала на я/глист.</li> </ul>	
3,5 года	-	<i>Оценка развития ребенка</i>	Семейная медсестра
4 года	Прием	Перед поступлением в ДДО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр узких специалистов по показаниям;</li> <li>• определить уровень гемоглобина крови;</li> <li>• анализ кала на я/глист.</li> </ul>	
5 лет	Прием	Перед поступлением в ДДО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр узких специалистов по показаниям;</li> <li>• определить уровень гемоглобина крови;</li> <li>• анализ кала на я/глист.</li> </ul>	

6 лет	Прием	Перед поступлением в ДДО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр узких специалистов по показаниям;</li> <li>• определить уровень гемоглобина крови;</li> <li>• анализ кала на я/глист.</li> </ul>	
7-18 лет	Прием	По обращаемости.	

### 2.3. КРАТНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНО-ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ДВ

При наличии **факторов риска в семье**, эта семья нуждается в более **интенсивной поддержке** возможно и в поддержке специалистов других отраслей соответственно риску/проблеме в семье. В таких случаях следующим шагом ДВ является **универсально-прогрессивная модель ДВ**.

**Универсально-прогрессивные (усиленные+интенсивные) услуги** посещения предоставляются ограниченному количеству семей, на основе **оценки рисков и потребностей**.

При данной модели домашние визиты могут варьировать от одного дополнительного (например, помочь молодой матери наладить грудное вскармливание) и до регулярных интенсивных услуг для решения проблем, связанных с насилием и жестоким обращением с детьми, бедностью, задержкой развития и др. серьезными проблемами с которыми сталкиваются семьи.

#### Универсально-прогрессивная модель дв

Получатели услуг	Время	Специалист ДВ
<b>Домашние визиты детям</b>		
Новорожденные, младенцы и дети из групп риска	В соответствии с индивидуальным планом	Семейный врач Медицинская сестра Соцработник Другие специалисты определяются индивидуальными потребностями ребенка

**Помните** семьи в группе риска нуждаются в **дополнительных вмешательствах (усиленных и интенсивных) на основе конкретных потребностей**.

### 2.4. ГРУППЫ РИСКА

В данной части модуля мы будем рассматривать **общие факторы риска по уровням, а также обсудим уровни управления рисками и действия по содействию жизнестойкости**.

Для достижения одной из основных целей посещений на дому – **способствовать хорошему здоровью, благополучию и развитию**, для этого необходимо своевременно **выявлять и управлять рисками**.

Если риск, угрожающий здоровью, благополучию и безопасности велик и безотлагателен, то следует действовать без промедления в соответствии с протоколом осуществления направления и/или требовать срочного вмешательства со стороны услуг здравоохранения или соцобеспечения.



## ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

<b>На индивидуальном уровне</b>
Недоношенность/Низкий вес при рождении Врожденные аномалии развития Отклонения в развитии и дети с ограниченными возможностями здоровья
<b>На уровне семьи</b>
Бедность и жилищные условия Низкий уровень образования родителей Депрессия/стресс, проблемы психического здоровья/ злоупотребление алкоголем/наркотиками родителей Наличие хронических заболеваний и ограничение возможности членов семьи Недостаточное питание детей раннего возраста Насилие и жестокое обращение Состав и статус семьи (неполная, многодетная семья, родственные браки, гражданский брак) Беременные подростки и отцы-подростки Стиль воспитания (например, гиперопека, гипоопека) Плохая привязанность между родителем и ребенком
<b>На уровне сообществ</b>
Социальная изоляция и стигма. Культурные особенности Слабый пакет медицинских/социальных/образовательных услуг Неблагоприятная или опасная физическая среда Отсутствие или дефицит ресурсов

## УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

Риски получения травм, плохого здоровья и плохих результатов развития существуют на трех разных уровнях:

- *Индивидуальный уровень*, например, злоупотребление алкоголем беременной женщиной ведет к алкогольному синдрому плода, а курение – к низкому весу новорожденного;
- *Уровень общества*, например, недостаточное внедрение иммунизации может привести к вспышке такой болезни, как корь;
- *Уровень окружающей среды*, например, семьи, живущие в городах поблизости от дорог с большим потоком транспорта, могут страдать от загрязнения воздуха, или же им трудно найти для детей безопасное место для прогулки на свежем воздухе, чтобы они могли там поиграть.

Предотвращение получения травм, плохого здоровья и плохих результатов развития требует различных подходов на каждом уровне. Среди этих подходов: образование, общественные кампании для информирования и привлечения внимания, законодательство и законоприменение, создание и изменение окружающей среды.

**В отношении многих рисков следует принимать меры более чем на одном уровне, а часто на всех трех.**

**Если риск, угрожающий здоровью, благополучию и безопасности велик и безотлагателен, вам следует действовать без промедления в соответствии с протоколом осуществления направления и/или требовать срочного вмешательства со стороны услуг здравоохранения или соцобеспечения.**

Ваша важнейшая обязанность как специалиста ДВ во всех ситуациях состоит в том, чтобы **задокументировать любые предпринимаемые действия** (с подписью, датой и временем). Это следует делать непосредственно сразу после предпринятых действий или события – чтобы обеспечить точность изложения. Эта информация **очень важна для семьи и для всех специалистов**, которые будут с этим работать, поскольку в будущем она может повлиять на требования о предоставлении услуг и заботы.

## 2.5. УРОВНИ РИСКА

*Как мне действовать, когда я вижу ребенка или семью, которые подвергаются риску?*

- 1) Оценить уровень риска
- 2) Действовать согласно алгоритму риска

### НИЗКИЙ УРОВЕНЬ РИСКА

**Низкий уровень риска** - это уровень риска, когда от вас требуется сообщить врачу и предоставить дополнительную поддержку семье путем дополнительных посещений. По всей видимости, ребенку не наносится долговременный вред, но вред может произойти, если ситуация будет продолжаться в течение длительного периода или ухудшится.

**Злоупотребление:** родитель очень сурово обращается с ребенком, часто использует физические наказания, но ребенку не нанесен физический вред.

**Пренебрежение/оставление без заботы (когда ребенок не получает того, что ему нужно для роста и развития):** Родитель не обеспечивает достаточного количества пищи или не беспокоится о том, чтобы ребенок был чист и согрет, хотя у семьи достаточно денег для этого. Родитель часто пропускает приемы у врача. Родитель резок с ребенком или игнорирует его, даже если он просит о чем-то важном (например, попить воды)

**Домашнее насилие:** Родители часто спорят/ругаются в присутствии ребенка.

**Психологическое или физическое здоровье/злоупотребление психоактивными веществами:** здоровье родителей или употребление ими психоактивных веществ начинает влиять на их способность заботиться о потребностях ребенка - они меньше реагируют в ситуациях, когда их ребенок нуждается в них.

**Бедность:** Подозрение, что ребенок не имеет ограниченный доступ к одежде и пище, но они все еще находятся в пределах нормы по росту и весу; родитель только что остался без работы;

**Мать-подросток:** мать-подросток хорошо заботится о ребенке, но не имеет достаточной поддержки, и ряд моментов вызывает озабоченность.

### СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ РИСКА

**При среднем уровне риска** требуется сообщить врачу, который должен провести оценку, и решить, нужно ли обратиться за проведением социальной работы. Существует большая вероятность того, что ребенку может быть причинен вред и необходимо вмешаться, чтобы это предотвратить.

**Насилие:** Может возникнуть обеспокоенность по поводу возможного насилия - у ребенка часто появляются необъяснимые травмы, родитель грубо обращается, используя физические наказания.

**Пренебрежение:** родители не обеспечивают достаточного питания, ребенок часто грязен или от него неприятно пахнет. Они не заботятся о детской одежде. Родитель реагирует на ребенка, только тогда, когда у него возникают проблемы. Они обращаются к врачу только если ребенок очень болен.

**Домашнее насилие:** Имеет место домашнее насилие (травмы легкой степени). **признаки насилия в отношении матери ребенка**, такие как: множественная незапланированная беременность, аборт; симптомы депрессии, тревоги, синдром посттравматического стрессового расстройства, нарушение сна; множественные раны, синяки и ушибы на разных стадиях заживления, в особенности, если женщина не может внятно объяснить причину их возникновения; попытки женщины спрятать следы ран или ушибов; нежелание женщины разговаривать в присутствии партнера; агрессивное или доминантное поведение партнера, его нежелание покидать комнату и т.п.

**Психологическое или физическое здоровье/злоупотребление психоактивными веществами):** Здоровье родителя (психическое или физическое) может повлиять на развитие ребенка, поскольку оно влияет на способность взаимодействовать и заботиться о своем ребенке.

**Бедность:** у ребенка недостаточно еды и одежды, у семьи недостаточно работы или нет работы более продолжительное время.

**Мать-подросток:** Мать-подросток изо всех сил пытается предоставить ребенку надлежащую поддержку (жилье, питание, одежду и т. д.) и не имеет достаточной поддержки и доступа к базовым потребностям, как питание, одежда, медицинский уход.

## **ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ РИСКА**

**При риске высокого уровня** требуется немедленное реагирование на ситуацию, поскольку ребенку явно причиняется вред. Вы должны сообщить об этом врачу, который в случае необходимости свяжется с больницей, полицией и социальным работником.

**Насилие:** Признаки насилия. Родитель наносит травмы.

**Пренебрежение:** ребенок чрезвычайно уязвим и голодает, часто остается один и подвергается риску получения вреда, родитель не предоставляет ребенку внимания, даже если ребенок расстроен, семья обращается к врачу, только если ребенок тяжело болен или совсем не обращается за помощью.

**Домашнее насилие:** признаки насилия в отношении матери ребенка явственны, ушибы представляют значительную угрозу здоровью матери ребенка, выявляются/повторяются в течение двух последовательных визитов.

**Психологическое или физическое здоровье/злоупотребление психоактивными веществами:** Здоровье опекуна (физическое, умственное, злоупотребление психоактивными веществами) подвергает ребенка серьезному риску получения травм. Они больше не могут заботиться о своем ребенке.

**Бедность:** ребенок голодает или не имеет достаточной одежды, или семья стала бездомной.

**Мать-подросток:** Родитель-подросток не может удовлетворить потребности ребенка, подвергая ребенка риску нанесения вреда здоровью.

**Преступное поведение родителей:** Родители вовлечены в преступные деяния, которые подвергают ребенка риску

## 2.6. СОДЕЙСТВИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ

Во время посещений на дому одним из направлений действий специалиста **для улучшения здоровья матери и ребенка** является содействие развитию жизнестойкости.

Такие действия могут:

1) **Уменьшать подверженность риску** – например:

- предоставить **информацию о поддержании здоровья** и оказать поддержку матери, записав ее на программу по бросанию курения, что уменьшит риск воздействия токсинов на плод или младенца;
- предоставить **информацию матери, которая подвергается дома насилию**, (например, физические побои, психологическое давление, угрозы, изоляция от общества, пренебрежение базовыми нуждами женщины и детей и т.п.), чтобы увеличить ее возможности переехать в безопасное место и избавиться, таким образом, от стрессовой среды;
- в случае, если пара ссорится, и им трудно «ужиться», предоставить **информацию о программах поддержки супружеских пар** и рекомендации о методах владения собой и обучения более эффективно осуществлять коммуникацию.

2) **Увеличивать ресурсы и активы** – информировать родителей о других **услугах в местном сообществе**. Это могут быть такие службы как:

- поддержка **развития образования** или занятости;
- помощь родителям для того, чтобы они присоединились **к группе родителей**, общающихся на темы воспитания, или к игровой группе для детей;
- обеспечение доступа семьи к **любым финансовым средствам помощи** (включая пособия), которые им положены;
- помощь с **получением жилья**, которое подходит для семьи с маленькими детьми;
- помощь семье, позволяющая родителям связаться с другими сетями или людьми в местном сообществе – эти группы людей коллективно могут быть **мощным активом местного сообщества**, когда они объединяют свои идеи и усилия;
- **вовлечение родителей в процесс обмена информацией** помогает им самораскрыться и заявить о себе, а это ведет к расширению возможностей тех семей, нужды которых в противном случае игнорировались бы.

3) **Мобилизовать мощные защитные системы и способствовать их развитию:**

- оценивать взаимоотношения родитель-ребенок и поддерживать их для **укрепления надежной привязанности**;
- способствовать развитию полезных навыков воспитания, которые позволяют ребенку развить саморегуляцию – умение **управлять своим поведением и эмоциями**;
- у вас также есть задача помочь семье понять свои **собственные активы или сильные стороны**.

## III. ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ


### 3.1. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Лучший способ кормления младенца - **исключительно грудное вскармливание** (далее ИГВ). ИГВ означает, что младенец питается только грудным молоком, без добавления другой пищи, воды или жидкостей (кроме лекарств и витаминов, если они необходимы).

ИГВ обеспечивает ребенка всеми питательными веществами и водой, в которых он нуждается, чтобы расти и развиваться в первые шесть месяцев жизни. То есть, в течение полных 6-ти месяцев (26 недель или 180 дней), а не в начале шестого месяца.

Если необходимо, то можно давать витамины, минеральные добавки или лекарства. Большинство младенцев, находящихся на ИГВ, кормят, по меньшей мере, от 8 до 12 раз в течение 24 часов, в том числе по ночам.

### Преимущества грудного вскармливания для ребенка, матери и его семьи

Грудное вскармливание для ребенка		Кормление грудью для матери
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грудное молоко легко усваивается и полноценно используется</li> <li>• Содержит все необходимые микроэлементы и витамины</li> <li>• Защищает от инфекционных заболеваний, т.к. содержит лейкоциты и антитела</li> <li>• Помогает развитию челюстей, мышц языка и евстахиевой трубы вследствие чего:</li> <li>• уменьшается вероятность инфекций уха;</li> <li>• улучшается ясность речи;</li> <li>• защищает от кариеса зубов и уменьшается риск ортодонтических проблем;</li> <li>• уменьшает риск избыточного веса, и связанным с ним проблемами сердца и сосудов.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечивает эмоциональный контакт и хорошее развитие ребенка;</li> <li>• Помогает избежать повторной беременности в ранние сроки после рождения ребенка;</li> <li>• Снижает риск избыточного веса, набранного во время беременности, а также разрывов мягких тканей бедер (стрии) в позднем возрасте;</li> <li>• Защищает здоровье матери - способствует сокращению матки, уменьшает послеродовое кровотечение, снижает риск рака груди.</li> </ul>
<b>Грудное вскармливание для семьи</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грудное молоко всегда готово и кормление грудью – просто, для него не требуется покупки, подготовки или приспособлений.</li> </ul>		

- Если ребенок не вскармливается грудью, то его семье нужно покупать искусственные смеси, тратить время на приготовление ее, и содержание приспособлений для кормления в чистоте.
- Ребенок, который не вскармливается грудью, часто болеет, поэтому могут быть потери в доходе семьи, поскольку родителям придется заботиться о больном ребенке, тратиться на покупку лекарств.
- Матери, которые кормят ребенка грудью, с меньшей вероятностью оставляют ребенка или проявляют насилие по отношению к нему.

### 3.1.1. ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

Правильное положение, прикладывание и эффективное сосание помогают младенцу получить достаточное количество молока, а матери – избежать боли в сосках и груди, помогает понять, как кормить грудью.

<b>Наблюдение за кормлением грудью в течение 4-х минут</b>	
Дата _____	Возраст ребенка _____
<b>Признаки успешного кормления грудью:</b>	<b>Признаки, указывающие на возможные проблемы:</b>
<b>Общие:</b>	
<b>Мать:</b>	<b>Мать</b>
<input type="checkbox"/> Мать выглядит здоровой	<input type="checkbox"/> Мать нездорова или чем-то расстроена
<input type="checkbox"/> Мать расслаблена, ей комфортно	<input type="checkbox"/> Мать выглядит напряженной и ей неудобно
<input type="checkbox"/> Между матерью и ребенком хорошая связь	<input type="checkbox"/> Мать не смотрит на ребенка
<b>Ребенок:</b>	<b>Ребенок:</b>
<input type="checkbox"/> Ребенок выглядит здоровым	<input type="checkbox"/> Ребенок нездоров или сонный
<input type="checkbox"/> Ребенок расслаблен, ему комфортно	<input type="checkbox"/> Ребенок беспокойный, плачет
<input type="checkbox"/> Ребенок приложен к груди, кажется голодным	<input type="checkbox"/> Ребенок отказывается сосать
<b>ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ:</b>	<b>ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ:</b>
<input type="checkbox"/> Грудь здоровые	<input type="checkbox"/> Грудь выглядят красными, напряженными, или трещины соска
<input type="checkbox"/> Нет боли и комфортно	<input type="checkbox"/> Грудь и сосок болезненны
<input type="checkbox"/> Грудь, хорошо поддерживается пальцами далеко от соска	<input type="checkbox"/> Грудь поддерживается пальцами близко к соску
<b>ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА</b>	<b>ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА</b>
<input type="checkbox"/> Голова и тело ребенка на одной линии	<input type="checkbox"/> Голова и тело ребенка не на одной линии
<input type="checkbox"/> Ребенка держит близко к телу матери	<input type="checkbox"/> Ребенка не держит близко к телу матери
<input type="checkbox"/> Все тело ребенка поддерживается	<input type="checkbox"/> Все тело ребенка не поддерживается
<input type="checkbox"/> Ребенок подносится к груди, нос напротив соска	<input type="checkbox"/> Грудь подносится к ребенку, губы/подбородок напротив соска
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ К ГРУДИ</b>	<b>ПРИЛОЖЕНИЕ К ГРУДИ</b>
<input type="checkbox"/> Над верхней губой ребенка виден	<input type="checkbox"/> Большой участок ареолы виден под

большой участок ареолы, чем под нижней	нижней губой ребенка
<input type="checkbox"/> Рот широко открыт	<input type="checkbox"/> Рот открыт нешироко
<input type="checkbox"/> Нижняя губа вывернута наружу	<input type="checkbox"/> Нижняя губа не вывернута наружу
<input type="checkbox"/> Подбородок ребенка прикасается к груди	<input type="checkbox"/> Подбородок ребенка не прикасается к груди
<b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ</b>	<b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ</b>
<input type="checkbox"/> Медленно, глубоко сосет с паузами	<input type="checkbox"/> Быстро и неглубоко сосет
<input type="checkbox"/> Щеки круглые	<input type="checkbox"/> Щеки напряжены и втянуты
<input type="checkbox"/> Можно видеть или слышать сосание	<input type="checkbox"/> Можно слышать чмокание и щелканье
<input type="checkbox"/> Ребенок отпустил грудь	<input type="checkbox"/> Мать отняла ребенка от груди

### 3.1.2. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ТРУДНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

Существует много причин, по которым матери прекращают кормить грудью или начинают смешанное кормление, даже если до родов они решали кормить исключительно грудью.

#### Отказ от кормления

Ребенок может отвергать кормление грудью по многим причинам. Мать может почувствовать, что ее ребенок отвергает ее, и она подвергнется стрессу. В первые несколько дней, возможно, матери и ребенку просто нужно больше времени, чтобы научиться кормлению грудью.

Ребенок может быть не голодным во время визита. Если ребенок хорошо поел недавно, то, разумеется, он не голоден и не готов к кормлению, об этом известно матери. Но вам может потребоваться проверить, не давал ли кто-нибудь ребенку бутылочку с питанием по каким-то причинам.

Ребенку может быть холодно, он может болеть, или он маловесный и слаб. Ребенок может отказываться от питания вообще, или прикладываться и не сосать, или сосать очень слабо на протяжении не долгого времени.

Мать может держать ребенка в неправильном положении, и ребенок не может, как следует приложиться к груди. В этом случае, ребенок выглядит голодным, и хочет, есть, но не может правильно приложиться. Мать может двигать, трясать грудь или ребенка, что не даёт ребёнку оставаться у груди. Грудь матери может быть переполненной и твёрдой так, что ребёнку сложно приложиться.

Молоко может течь слишком быстро, и ребенок может начать нормально, но затем отпускает грудь, давясь и плача. У ребёнка может быть заложен нос или боль во рту, он будет сосать грудь не долго, а потом отпускает грудь и плачет.

Ребенку может быть больно, когда его держат в определенном положении, например, после родов с использованием щипцов, когда давят на синяки на голове ребенка.

Ребенок может быть приучен сосать искусственную соску, и ему сложно сосать грудь.

Возможно, мать использует новое мыло и духи, и ребенку не нравится запах. Если молоко поступает очень медленно, то ребенок, не получив никакого молока в начале, разочаровавшись, перестает сосать.

Иногда ребенок хорошо сосет из одной груди, но отказывается от другой. Возможно, ребенка держат так, что ему больно, или молоко течет по-другому, или одна из грудей переполнена.

#### Как помочь матери, чей ребенок отказывается от груди

Помогите матери сделать следующее:

- Держать ребенка близко к себе; без других лиц, осуществляющих уход: обеспечить достаточно контакта «кожа к коже» все время, а не только при кормлении. Спать вместе с ребенком. Попросите других людей помогать в других делах.
- Предлагать грудь всегда, когда бы ребенок ни захотел сосать: когда ребенок спит, или после кормления из чашечки. Когда она чувствует действие рефлекса выделения молока.
- Помогать ребенку захватывать грудь: сцеживать грудное молоко ему в рот. Располагать тело ребенка так, чтобы ему было легко прикладываться к груди – пробовать различные положения. Не давить на заднюю часть его головы и не шевелить грудью.
- Кормить ребенка из чашки: при возможности давать свое сцеженное молоко; при необходимости прибегнуть к искусственному вскармливанию. Не использовать бутылочки, соски, пустышки.

### «Недостаточно молока»

Одна из наиболее распространенных причин того, что мать прекращает кормить грудью, заключается в том, что она думает, будто у нее недостаточно молока. Почти все матери могут вырабатывать достаточно грудного молока для одного или даже двух детей. Обычно, даже если мать думает, что у нее не хватает молока, на самом деле ее ребенок получает все, что ему требуется.

Иногда ребенок в самом деле не получает достаточно молока. Но обычно это обусловлено тем, что он недостаточно сосет грудь или сосет неэффективно, и редко вызвано тем, что мать не вырабатывает достаточно молока.

Поэтому важно думать не о том, сколько молока может вырабатывать мать, а о том, сколько молока получает ребенок.

#### **Надежные признаки того, что ребенок не получает достаточно молока:**

- **Недостаточное прибавление в весе: менее 500 граммов в месяц**
- **Малое количество концентрированной мочи: менее 6 раз в сутки**

На протяжении первых шести месяцев жизни ребенок должен набирать как минимум 500 граммов массы тела каждый месяц. Если ребенок не набирает 500 граммов за месяц, это значит, что он не набирает достаточно веса.

Ребенок, которого кормят исключительно грудью и который получает достаточно молока, обычно мочится разбавленной мочой не менее 6-8 раз в течение 24 часов. Если ребенок употребляет другие жидкости, например воду, а также грудное молоко, то если он испускает достаточное количество мочи, нельзя быть уверенным в том, что он получает достаточно молока.

### **Вероятные признаки того, что ребенок не получает достаточно грудного молока**

- Ребенок не удовлетворен после кормления грудью
- Ребенок часто плачет
- Очень частое кормление грудью
- Очень долгое кормление грудью
- Ребенок не хочет кормиться грудью
- Стул ребенка твердый, сухой или зеленый
- У ребенка редкий скудный стул
- При сцеживании у матери не выходит молоко
- Грудь не увеличивается (при беременности)
- Молоко не «прибывает» (после родов)



Существует несколько вероятных признаков того, что ребенок не получает достаточного количества молока. Хотя эти признаки могут беспокоить мать, они бывают обусловлены и другими причинами; значит, они ненадежны. Например, ребенок может часто плакать из-за колик, хотя при этом он может получать много молока.

### ***Причины недостаточного поступления молока ребенку***

У матери может быть достаточно молока, но ребенок не может высосать его из груди.

Недостаточное поступление молока ребенку может происходить, если:

- Ребенок неправильно прикладывается к груди и неэффективно сосет.
- Ребенок может казаться беспокойным во время кормления грудью и отпускает ее или «висеть» на груди.
- Кормления грудью непродолжительные или нечастые.
- Ребенок отрывается от одной груди слишком быстро, и не получает достаточно заднего молока.
- Ребенок болен или недоношен и не может сосать энергично и достаточно долго, чтобы получить достаточное количество молока, которое ему необходимо.

Выработка молока связана с его удалением из груди. Если молоко не будет удаляться из груди, то выработка молока будет снижаться. Если помочь ребенку сосать молоко более эффективно, тогда молока будет вырабатываться достаточно.

### ***Причины недостаточной выработки молока***

Наиболее распространенные причины гипогалактии связаны с тем, что ребенок не высасывает молоко полностью из груди. Если молоко не удалено из груди полностью, то выработка молока уменьшается. Эти факторы включают:

- редкое кормление,
- режим кормления по часам,
- короткое по времени кормление,
- ребенок неправильно сосет,
- неправильное прикладывание к груди.

Недостаточная выработка молока может быть также обусловлена психологическими факторами:

- матери не хватает в себе уверенности и поддержки членов семьи; она чувствует себя подавленной, переполненной чувствами, переживает, или ей трудно реагировать на своего ребенка. Это может возникнуть также вследствие недостатка поддержки со стороны членов семьи при выполнении домашних обязанностей, пренебрежения ее нуждами или эмоциональной атмосферой дома;
- психологические факторы могут привести к неэффективному кормлению грудью. Мать в стрессовой ситуации может кормить реже или в течение короткого времени и скорее всего, давать ребенку детское питание или соску, и меньше уделять времени уходу за ребенком.

### **Как помочь матерям, у которых «недостаточно молока»**

Сначала выясните, действительно ли ребенок не получает достаточно грудного молока (на основании надежных признаков). Если ребенок получает недостаточно грудного молока, то нужно узнать, ПОЧЕМУ, чтобы помочь его матери. Если ребенок получает достаточно грудного молока, но мать считает, что молока недостаточно, то вам нужно узнать, ПОЧЕМУ она сомневается в своих запасах молока, чтобы укрепить ее уверенность.

**Дети, которые не получают достаточно молока: низкое потребление молока**

Оцените, как проходит кормление грудью, проверив расположение тела ребенка и прикладывание, чтобы определить наличие эмоциональной связи между матерью и ребенком или отторжения ребенка. Пользуйтесь навыками наблюдения, чтобы выявить заболевание или физическую патологию у матери или ребенка. То, какие решения вы будете предлагать матери, будет зависеть от причины нехватки молока. Никогда не забывайте договориться с матерью о новых встречах. При возможности навещайте мать и ребенка каждый день, пока ребенок не начнет набирать вес, а мать не станет чувствовать себя увереннее. Для того чтобы ребенок набрал вес, может потребоваться от трех до семи дней.

**Дети, которые получают достаточно молока, но их матери считают, что это не так, кажущаяся нехватка молока.**

Попытайтесь узнать, что может быть причиной сомнений матери в том, что у нее достаточно молока. Выясните мысли и чувства матери в отношении ее молока, а также давление, с которым она может сталкиваться со стороны других людей в отношении грудного вскармливания. Посмотрите, как проходит кормление грудью, чтобы проверить расположение и прикладывание и определить наличие эмоциональной связи между матерью и ребенком или отторжение ребенка. Похвалите положительные моменты, связанные с техникой грудного вскармливания и с развитием ее ребенка. Исправляйте неверные суждения, но так, чтобы это не звучало как критика. Не забудьте назначить новую встречу. Есть риск того, что такие матери начнут давать ребенку другую еду и жидкости, и они нуждаются в постоянной поддержке до тех пор, пока их уверенность не будет снова восстановлена.

### **3.1.3. СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА**

Существует много ситуаций, когда сцеживание грудного молока полезно и важно для того, чтобы мать могла начать или продолжить грудное вскармливание.

**Сцеживание молока полезно для того, чтобы:**

- оставлять грудное молоко для ребенка, когда мать выходит из дому или ходит на работу;
- кормить ребенка с низкой массой тела при рождении, который не может сосать грудь;
- кормить больного ребенка, который плохо сосет грудь;
- поддерживать выработку грудного молока, когда мать или ребенок больны;
- не допускать вытекания молока, когда мать находится не рядом с ребенком;
- помогать ребенку прикладываться к полной груди;
- оказывать помощь при заболеваниях груди, таких как нагрубание;
- способствовать переходу к другому способу кормления или к грудному молоку, обработанному высокой температурой.

Все матери должны уметь сцеживать свое молоко, чтобы знать, что делать в случае необходимости. Грудное молоко может храниться в течение примерно 8 часов при комнатной температуре и до 24 часов в холодильнике.

Окажите матери **психологическую помощь**: укрепите ее уверенность. Попытайтесь уменьшить всякие источники боли или тревоги. Помогите ей испытывать хорошие мысли и чувства по отношению к ребенку.

Окажите матери **практическую помощь**. Помогите ей или посоветуйте:

- *Сесть в тихом месте одной или с подругой, которая может помочь.* Некоторые матери легко сцеживают молоко в компании других матерей, которые делают то же самое
- *Держать ребенка по возможности «кожа к коже».* Во время сцеживания она может держать ребенка на коленях. Если это невозможно, то она может смотреть на ребенка или даже на фотографию ребенка.

- *Согреть грудь.* Например, она может приложить теплый компресс или теплую воду, или принять теплый душ. Предупредите ее, чтобы она проверила температуру, чтобы не обжечься.
- *Стимулировать соски.* Она может мягко тянуть за соски или разминать их пальцами.
- *Легко массировать или гладить грудь.* Некоторым женщинам помогает мягкое поглаживание груди кончиками пальцев или расческой. Некоторым женщинам помогает мягкое прикосновение в виде качения сжатым кулаком по груди по направлению к соску.
- *Попросите помощника помассировать ей спину.*

### **Как сцеживать грудное молоко вручную**

1. Приготовить емкость для сцеженного грудного молока:
  - Возьмите чашку, стакан, кувшин или банку с широким горлышком.
  - Помойте чашку водой с мылом (это можно сделать накануне).
  - Налейте в чашку кипятка и оставьте на несколько минут.
  - Кипящая вода убьет большинство микробов.
  - Когда вы будете готовы сцеживать молоко, вылейте воду из чашки.
2. Поместите указательный и большой палец с каждой стороны от ареолы и надавливайте внутрь, по направлению к грудной клетке.
3. Надавливайте за соском и ареолой между указательным и большим пальцем.
4. Надавливайте со всех сторон, чтобы опорожнить все сегменты.

### **Как часто мать должна сцеживать молоко?**

**Чтобы установилась лактация, чтобы кормить ребенка с низкой массой тела при рождении или больного новорожденного ребенка,** мать должна начать сцеживать молоко с первого дня, как можно скорее после родов. Сначала она может сцеживать лишь несколько капель молозива, но это поможет начать выработку молока, так же, как ребенок, начинающий сосать вскоре после родов, способствует началу выработки молока.

**Чтобы поддерживать выработку молока и кормить больного ребенка:** мать должна сцеживать молоко не реже, чем каждые три часа.

**Чтобы увеличить выработку молока, если кажется, что спустя несколько недель она начинают сокращаться:** в течение нескольких дней следует сцеживать очень часто (каждые два часа или даже каждый час) и как минимум каждые три часа ночью.

**Чтобы оставить молоко для ребенка, уходя на работу:** следует сцеживать как можно больше молока перед уходом на работу, чтобы оставить его для ребенка. Также очень важно сцеживать молоко, находясь на работе, чтобы поддержать выработку молока.

**Для облегчения симптомов, таких как нагрубание или вытекание молока на работе:** сцеживать лишь столько молока, сколько необходимо.

### **Как ухаживать за грудью во время кормления ребенка?**

Обучите матерей ухаживанию за грудью.

- Мойте грудь только водой. Мыла, лосьоны, масла и вазелин, препятствуют естественной смазке кожи.
- Вполне достаточно мыть грудь один раз в день, как часть общей гигиены тела. Не стоит мыть грудь непосредственно перед кормлениями. Это удаляет защитную смазку и изменяет запах, по которому ребенок распознает грудь своей матери.
- Бюстгальтеры не нужны, но могут быть использованы при желании. Выберите бюстгальтер, который хорошо подходит и не слишком тугой.

Мать, которая не кормит или хочет прекратить грудью, также должна заботиться о своей груди. Естественно, ее молоко исчезнет, если ребенок не сосет грудь, но это занимает неделю или больше. Она может сцеживать немного молока, чтобы чувствовать себя комфортно пока ее молоко не исчезнет. Это сцеженное молоко можно давать ребенку. Если мать является ВИЧ-инфицированной, то она может принять решение о сцеживании молока, чтобы давать своему ребенку после термической обработки.

### **3.1.4. РОЛЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В СОЗДАНИИ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Традиционно питание детей и младенцев считается исключительно обязанностью женщин. Однако, исследования показывают, что вовлечение мужчин при обучении женщин правильному грудному вскармливанию и поддержка отцов и членов семьи для эффективного грудного вскармливания приводит к улучшению результатов для ребенка.

Поэтому при обучении матери правильному прикладыванию и важности ИГВ, приглашайте отцов, свекровь или других взрослых членов семьи. Обратите особое внимание, что члены семьи играют важную роль в обеспечении условий для эффективного грудного вскармливания. Например, отец, свекровь и другие члены семьи могут:

- оказать эмоциональную поддержку матери;
- приготовлении пищи, богатой питательными веществами, для матери до родов, а также во время грудного вскармливания;
- распределение домашних обязанностей для обеспечения полноценного отдыха и физического восстановления матери;
- уход за другими детьми в семье, если есть таковые, чтобы снизить бремя на матери.

### **3.1.5. ОПАСНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Искусственные молочные смеси готовятся из молока животных, сои, растительных масел. Хотя они адаптированы и приближены по количеству жиров, белков и лактозы к женскому молоку, они не заменят материнское молоко по качественному составу.

Молоко животных содержит белка больше, чем грудное молоко. Это создает дополнительную нагрузку для незрелых почек ребенка, так как при переваривании белков коровьего или козьего молока образуется больше отходов.

Грудное молоко содержит незаменимые жирные кислоты, которые необходимы для развития головного мозга, органов зрения и кровеносных сосудов ребенка. Таких жирных кислот нет в молоке животных, а в искусственные молочные смеси их специально добавляют.

Белок в различных видах молока разный по качеству и количеству. При приготовлении искусственных молочных смесей из коровьего молока меняется только количество белка, а качество белка не меняется.

#### **Что будет, если ребенок получает такое большое количество белка?**

- В молоке животных казеин крупнодисперсный, трудно переваривается.
- В женском молоке больше сывороточных белков.
- В женском молоке белки сыворотки содержат противоионные антитела, которые помогают защищать ребенка от инфекций.

Дети, вскармливаемые искусственными смесями, часто страдают аллергией к белку коровьего (козьего) молока. Они часто болеют диареей, коликой в животе, сыпью и другими заболеваниями.

**Опасность, обусловленная самими искусственными смесями.** Сюда относятся следующие виды опасности:

- детская смесь может оказаться загрязненной по производственным причинам и в процессе производства могут оказаться загрязненными бактериями *Enterobacter sakazakii* и *Salmonella enterica*, возбудителями серьезных заболеваний, которые могут привести к смерти младенцев. ВОЗ разработала инструкции для тщательного приготовления смеси, чтобы минимизировать риск для здоровья младенцев;
- детская смесь может, содержать небезопасные ингредиенты или не содержать жизненно-важных элементов;
- вода, которая используется для мытья бутылочек или смешивания смеси, может оказаться загрязненной;
- ошибки при приготовлении смеси, т.е. превышение или недостаток нужной концентрации, могут привести к болезни ребенка;
- семьи могут разбавлять смесь, чтобы ее хватало надолго;
- ребенку могут давать смесь, чтобы его успокоить, что может привести к избыточному весу;
- могут давать ребенку воду и различные виды чаев вместо грудного молока или молочной смеси, что в результате приведет к уменьшению количества потребленного молока и в конечном итоге, к медленному набору веса;
- покупка детских смесей ведет к ненужным расходам для семьи и меньшему количеству еды для других членов семьи;
- частые беременности могут лечь бременем на семью и сообщество;
- увеличиваются затраты в больнице на сотрудников и расходные материалы для лечения проблем со здоровьем.

### **3.1.6. КОРМЛЕНИЕ ИЗ ЧАШКИ**

#### **Преимущества кормления из чашки**

- Чашки легко мыть водой с мылом, если кипячение невозможно.
- Чашки реже, чем бутылки, длительное время носят с собой, давая бактериям время на размножение.
- Кормление из чашки сопряжено с меньшим риском диареи, ушных инфекций и гниения зубов.
- Чашку нельзя оставить возле ребенка, чтобы он кормился самостоятельно. Человек, который кормит ребенка из чашки, должен держать ребенка и смотреть на него, частично обеспечивая необходимый ребенку контакт.
- Чашка не препятствует сосанию груди.
- Чашка позволяет ребенку контролировать количество принимаемой еды.

#### **Как кормить ребенка из чашки**

- Вымойте руки.
- Держите ребенка на коленях в сидячем или полувертикальном положении.
- Налейте в чашку примерно столько молока, сколько нужно для одного кормления.
- Поднесите маленькую чашку с молоком к губам ребенка. Наклоните чашку, чтобы молоко достигало губ ребенка. Чашка легко лежит на нижней губе ребенка, а края чашки достигают внешней части верхней губы ребенка.
- Ребенок настораживается и открывает рот и глаза. Ребенок с низкой массой тела при рождении начинает захватывать молоко в рот языком. Полностью доношенный ребенок или ребенок старшего возраста сосет молоко, проливая часть его.
- НЕ ЛЕЙТЕ молоко ребенку в рот. Просто держите чашку у губ, и он будет пить сам.

- Насытившись, ребенок закрывает рот и перестает пить. Если он не принял столько еды, сколько вы рассчитывали, то он может съесть больше в следующий раз, или вам придется кормить его чаще.

### **Количество молока, которое следует давать ребенку**

- Дети весом 2,5 кг и больше: 150 мл молока на 1 кг массы тела в день: разделите общее количество на 8 частей и кормите ребенка раз в 3 часа.
- Дети весом менее 2,5 кг (дети с низкой массой тела при рождении): Начните с 60 мл на 1 кг массы тела. Увеличивайте общее количество на 20 мл на 1 кг в день, пока ребенок не начнет получать 200 мл на 1 кг в день. Разделите общее количество на 8–12 частей и кормите ребенка каждые 2–3 часа. Продолжайте до тех пор, пока ребенок не начнет весить 1800 г или больше и не станет кормиться исключительно грудью.
- Проверяйте потребление еды ребенком за 24 часа. Количество отдельных порций может варьироваться.
- Количество молока, которое потребляет ребенок при каждом кормлении, меняется, каким бы ни был метод кормления. Пусть ребенок сам решает, когда он насытился. Если ребенок принимает очень мало еды, то предложите ему больше в следующий раз, или покормите его раньше, особенно если ребенок проявляет признаки голода.
- Если мать вырабатывает лишь небольшое количество грудного молока, то нужно добиваться того, чтобы ребенок потреблял все это количество. Помогите матери осознать, что это малое количество ценно для ребенка, особенно для предупреждения инфекций. Это помогает укрепить уверенность матери, а также поможет ей вырабатывать больше молока.
- Детям с низкой массой тела при рождении в первые дни нужно очень небольшое количество молока. Если мать сможет сцедить хотя бы немного молозива, то часто это все, что нужно ее ребенку.

### **3.2. КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ 6 -24 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**

Мать продолжает **кормить ребенка грудью** так часто, как он того хочет. Тем не менее, в 6 месяцев ребенок начинает нуждаться в другой пище (прикорме) в дополнение к грудному молоку.

**Руководящие принципы по надлежащему прикорму заключаются в следующем:**

- продолжайте частое, по требованию, грудное вскармливание до достижения ребенком двухлетнего возраста или больше;
- проявляйте чуткость при кормлении ребенка (например, непосредственно кормите детей грудного возраста и помогайте детям более старшего возраста. Кормите медленно и терпеливо, поощряйте, но не принуждайте, разговаривайте с ребенком и сохраняйте с ним зрительный контакт);
- практикуйте надлежащую гигиену и надлежащее обращение с пищевыми продуктами;
- начинайте в возрасте шести месяцев с небольших количеств пищевых продуктов и постепенно увеличивайте их по мере того, как ребенок становится старше;
- постепенно повышайте консистенцию пищи и делайте ее более разнообразной;
- увеличивайте число кормлений ребенка – 2-3 раза в день для детей в возрасте 6-8 месяцев и 3-4 раза в день для детей в возрасте 9-23 месяцев с 1-2 дополнительными перекусываниями по желанию ребенка;
- по мере необходимости используйте для прикорма обогащенные пищевые продукты или витаминно-минеральные добавки;
- увеличивайте количество питья, в том числе с помощью грудного вскармливания, и предлагайте мягкую, любимую пищу.

### **Количество пищи, которое нужно давать ребенку**

Возраст	Густота, текстура	Частота	Количество еды на одно кормление
6-8 мес.	Начните с густой каши, хорошо размятой пищи. Затем переходите к размятой пище с общего стола	2-3 раза в день и частое грудное вскармливание В зависимости от аппетита ребенка, ему можно 1-2 раза предложить перекус	Начните с 2-3 столовых ложек за 1 прием пищи Постепенно увеличивая количество еды до ½ 250-миллилитровой чашки
9-11 мес.	Тщательно порубленная или размятая пища, а также пища, которую ребенок может брать руками	3-4 приема пищи в день плюс грудное вскармливание. В зависимости от аппетита ребенка, ему можно 1-2 раза предложить перекус	½ 250-миллилитровой чашки/миски (8 столовых ложек)
12-23 мес.	Пища с общего стола, при необходимости измельченная или размятая	3-4 приема пищи и кормление грудью. В зависимости от аппетита ребенку можно давать 1-2 перекуса	От ¾ до одной чашки/миски объемом 250 мл
Если ребенка не кормят грудью, то, помимо этого, ему нужны 1-2 чашки молока и 1-2 дополнительных приема пищи <sup>11</sup>			

### Отзывчивое кормление.

Пока ребенок не сможет есть самостоятельно, мать или другие лица, ухаживающие за ребенком, **должны сидеть с ребенком** во время еды и **помогать** ребенку донести ложку до рта. Мать или другие лица, ухаживающие за ребенком, могут поощрять ребенка к еде, проявляя интерес, улыбаясь или предлагая ребенку еще кусочек. Если ребенок отказывается от еды, не нужно угрожать ему, заставлять или демонстрировать свой гнев. Обычно в результате этого дети едят еще меньше.

Пока дети учатся есть самостоятельно, их все еще нужно активно кормить большинством видов пищи, которую они едят, чтобы убедиться, что ребенок съел достаточно.

### Важность приема разнообразных пищевых продуктов

Большинство взрослых и детей старшего возраста во время приема пищи употребляют несколько пищевых продуктов. Также и детям раннего возраста важно получать разнообразную и качественную пищу для прикорма. Помимо основных пищевых продуктов (крупы, мука) семья должна стараться каждый день давать ребенку овощи темно-зеленого цвета либо фрукты или овощи желтого цвета, а также пищу животного происхождения.

Продукты животного происхождения имеют особое значение для детей. Эти продукты им нужно есть каждый день или как можно чаще. Мышечная ткань (мясо) и органы/требуха, такие как печень, сердце и кровь являются лучшими источниками железа и цинка, молоко, йогурт, сыр и яйца содержат большое количество белка и витамина А.

Бобовые, например, фасоль, горох и чечевица, а также орехи и семена являются хорошими источниками белка. Бобовые также являются источником железа.

### Чтобы детям было легче есть и переваривать бобовые продукты их необходимо:

- вымачивать перед приготовлением и сливать воду, в которой они вымачивались;
- удалять кожицу путем вымачивания сырых семян и стирания кожицы перед приготовлением;
- варить бобы и удалять грубую кожицу;

<sup>11</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43567/9789241594752\\_rus.pdf;jsessionid=927012398EB709E555A03379945942EE?sequence=9](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43567/9789241594752_rus.pdf;jsessionid=927012398EB709E555A03379945942EE?sequence=9)

- поджаривать или обжаривать орехи и семена с последующим размельчением в пасту;
- добавлять бобы/чечевицу в суп или в тушеные блюда;
- тщательно разминать отваренные фасоль, горох, чечевицу.

Хорошие перекусы обеспечивают поступление энергии и пищевых веществ. Среди хороших продуктов для перекусов следует отметить биолакт, айран, творог, хлеб или печенье с маслом, ореховой пастой или медом, фрукты, вареный картофель.

Минимальное диетическое разнообразие (МДР) - это доля детей в возрасте 6-23 месяцев, которые получают продукты из четырех или большего количества групп продуктов питания из существующих 8-ми групп (зерновые, молочные продукты, бобовые, мясо, яйца, овощи и фрукты богатые витамином А, другие овощи и фрукты, жиры и масла). МДР важно для оптимального роста и развития детей. Проведение оценки МДР необходимо для выработки рекомендаций по прикорму.

Ребенку старше 6 месяцев рекомендуется давать микронутриентную добавку или препараты железа, чтобы ребенок получал достаточное количество железа и других микронутриентов в целях лучшего роста и развития, и помощи организму в борьбе с инфекциями.

### **Потребности ребенка раннего возраста в жидкостях**

Когда к рациону питания добавляются помимо грудного молока другие пищевые продукты, то ребенку могут быть необходимы дополнительные жидкости. Для утоления жажды хорошо подходит вода и различные фруктовые соки. Слишком часто употребление фруктовых соков может вызвать диарею, а также снизить аппетит ребенка.

Напитки, содержащие сахар в больших количествах, лишь усиливают жажду, потому что организм ребенка перерабатывает дополнительный сахар. Газированные напитки не рекомендуются детям раннего возраста. Чай и кофе снижают усвоение железа из пищевых продуктов.

Иногда ребенок может захотеть пить во время еды. Небольшое количество жидкости способно утолить жажду, и после этого ребенок, возможно, съест больше. Питье не должно замещать еду или грудное вскармливание.

Если ребенок получает питье во время еды, то ему не следует давать много жидкости, и большую часть питья следует оставить до конца еды. Жидкость может заполнить желудок ребенка, и в нем не остается места для еды.

Следует помнить, что дети, которые не получают грудное молоко, нуждаются в особом внимании, и для таких детей необходимо выполнять специальные рекомендации. ребенок в возрасте от 6 до 24 месяцев, которого не кормят грудью, нуждается в 2–3 чашках воды в день в умеренном климате и 4–6 чашках в день в жарком климате. Эту воду можно добавлять в каши или тушеные блюда, помимо этого, ребенку нужно несколько раз в день давать чистую воду для утоления жажды.

### **Рекомендации по соблюдению чистоты при приготовлении пищи:**

- Мойте руки перед контактом с пищевыми продуктами, а также часто в процессе их приготовления
- Мойте руки после посещения туалета
- Мойте и дезинфицируйте любые поверхности и кухонные принадлежности, используемые в процессе приготовления пищи
- Предохраняйте кухню и продукты от насекомых, грызунов и других животных
- Отделяйте сырое мясо, птицу и морские продукты от других пищевых продуктов
- Для обработки сырых продуктов пользуйтесь отдельными кухонными приборами и принадлежностями, такими как ножи и разделочные доски
- Храните продукты в закрытой посуде, чтобы не допустить контакта сырых продуктов с готовыми



## ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ

### Когда и где вы можете провести оценку кормления

Кормление можно оценивать на приеме в ГСВ/ФАП, когда мать приводит ребенка на вакцинацию, профилактический осмотр или при болезни, а также при домашнем визитировании.

ПАМЯТКА ПО ПРИЕМУ ПИЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 23 МЕСЯЦЕВ		
Имя ребенка		
Возраст ребенка на момент посещения		Дата рождения
Метод кормления	Да/где нужно, число раз	Ключевой тезис, о котором было рассказано матери



<p>Кривая роста поднимается?</p> <p>Ребенок получает грудное молоко?</p> <p>Сколько раз ребенок вчера ел густую пищу (при необходимости воспользуйтесь фотографиями с изображениями консистенции пищи)</p> <p>Ел ли вчера ребенок пищу животного происхождения (мясо/рыбу/субпродукты/птицу/яйца)?</p> <p>Употребил ли вчера ребенок какой-либо молочный продукт?</p> <p>Ел ли вчера ребенок бобовые, орехи или семена?</p> <p>Ел ли ребенок вчера овощи темно-зеленого или желтого цвета, или фрукты желтого цвета?</p> <p>Достаточное ли количество раз для своего возраста ребенок вчера принимал пищу или перекусывал?</p> <p>Подходит ли количество еды при главном приеме пищи вчера для возраста ребенка?</p> <p>Помогала ли мать ребенку во время приема пищи?</p> <p>Принимал ли ребенок добавки витаминов или минералов?</p> <p>Болен ли ребенок/поправляется после болезни?</p>		
--	--	--

### 3.3. УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ И МЛАДЕНЦЕВ РАННЕГО ВОЗРАСТА

#### Купание

Купать новорожденного можно в тот же день или на следующий день после выписки с роддома, в первые месяцы жизни малыша нужно купать по чаще, если он родился в жаркое

время лучше купать каждый день. Купать ребенка лучше всего вечером перед последним кормлением. Нет никакой надобности кипятить воду для купания.

Температура комнаты для купания должно быть 22-24 градуса и воды для купания 34-36 градусов. После того как искупаете ребенка, полоскать можно на 1-2 градуса ниже. Первое купание — 2-3 минуты, затем постепенно продлить до 15-25 минут.

Для купания необходимо детская ванночка, термометр для определения температуры воды, мягкая губка, детское мыло, большое мягкое полотенце, ватные диски, детский крем или масло для смазывания кожи после купания.



### Уход за пупком<sup>12</sup>

Пуповинный остаток нужно держать в сухости и чистоте, чтобы избежать инфицирования. Не нужно наносить на пуповинный остаток антисептические средства. Достаточно просто следить, чтобы он был чистым и сухим. Не допускайте попадания в ранку мочи или кала малыша. Надевайте подгузник так, чтобы пупок оставался открытым.

Использование антисептических средств замедлит процесс отделения пуповинного остатка. Мочить пуповинный остаток можно, это не помешает процессу заживления и не увеличит риск попадания инфекции.

Примерно через неделю после рождения пуповинный остаток сморщится, почернеет и отпадет сам. На месте останется небольшая ранка, которая быстро заживет и впоследствии станет пупком вашего малыша.

### Прогулки на свежем воздухе

**Прогулки на свежем воздухе рекомендуют начать со второй недели жизни новорожденного, дав ему время на адаптацию к новым условиям.** Начинать следует с 15-минутного моциона, каждый день прибавляя по десять минут и доводя общую длительность нахождения на улице до двух-трех часов в сутки. Продолжительность прогулок в осенне-зимний период, как правило, меньше, чем в теплое время года.

Рекомендуется соответствующая одежда ребенка (особенно младенцев) для окружающей температуры, это должно быть на 1-2 слоя больше, чем у взрослых и в шапочке.

### ПРОВЕРКА СЛУХА У НОВОРОЖДЕННОГО

Проверка слуха у детей в первые дни жизни позволяет успешно излечить патологию и избежать инвалидности. Чем раньше будет поставлен точный диагноз, тем больше вероятность успешного избавления от этой грозной патологии.



<sup>12</sup> Приказ МЗ КР № 660 от 20 ноября 2013г. Сборник клинических протоколов для медицинских специалистов организаций здравоохранения

Успех лечения напрямую зависит от срока и точности постановки диагноза. Большинство патологии можно вылечить, если установить правильный диагноз до 2-х месяцев жизни. Следует отметить, что некоторые врожденные проблемы с ухом (например, врожденный отит) можно и нужно начинать лечить с первых дней жизни.

Аудиоскрининг – процедура, направленная на обследование слуха у новорожденных и детей до 6 месяцев с целью выявления нарушений слуха, и направление таких детей на диагностическое обследование для определения степени тугоухости и уровня поражения слуха. Первый раз аудиоскрининг должен проводиться в роддоме, где определяются новорожденные с повышенном риском развития тугоухости и глухоты, при выписке из роддома записываются результаты аудиоскрининга.

Проверить, слышит ли их малыш, родители могут и дома. Для этого стоит понаблюдать за ребенком. В первый месяц жизни он реагирует на громкие, резкие звуки. Услышав, ребенок может вздрогнуть, замереть на несколько секунд, начать плакать. Среагировать на громкий звук он может, разведя в стороны полусогнутые руки и растопырив пальчики, а после вновь прижимает ручки к телу, как бы обнимая самого себя (рефлекс Моро). А через месяц после рождения ребенок может медленно поворачивать голову в сторону мамы, услышав ее голос. Если же ребенок никак не реагирует на громкие шумы, то следует обратиться к ЛОРу.



## **ПРОВЕРКА ЗРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО**

Глаза новорожденного вначале его жизни реагируют только на изменение освещения. Можно проверить сразу после рождения с помощью специального фонарика. Мама тоже может провести такую же проверку, поднеся днем малыша к окну и проследив за его глазами. Если зрачки сузились, значит, ребенок реагирует на свет. К концу первого месяца можно показать малышу большую цветную игрушку, медленно поведя ею из стороны в сторону. Малыш уже может поворачивать голову следом за ярким пятном. Родителям также стоит обратить внимание на размер глаз, форму зрачков и их диаметр. Если глаза слегка увеличены, зрачки отличаются по размеру, то это повод обратиться к врачу, чтобы вовремя среагировать на существующие проблемы или же лишний раз убедиться в их отсутствии.

К детскому окулисту необходимо обратиться внепланово, если родители засомневаются в чем-либо, а также в следующих случаях:

- разные зрачки у ребенка (разного диаметра);
- слезотечение и выделение гноя из глаза новорожденного, опухание и/или покраснение век;
- глаза закисают, после сна невозможно разомкнуть реснички;
- отсутствует реакция зрачков на свет (они не сужаются);
- повышенная чувствительность к свету;
- ребенок не следит обоими глазами за движущимся предметом: горизонтально — в возрасте после 2 месяцев, вертикально — в возрасте после 3-4 месяцев;
- зрачки у ребенка дергаются, бегают, мигают, не могут задержаться на одной точке;
- ребенок не может сфокусировать взгляд на близко расположенном предмете (начиная с 2 месяцев);
- глаза новорожденного ребенка очень выпуклые, «навыкате»;



- глаза новорожденного косят после 3-месячного возраста;
- имело место попадание в глаза посторонних веществ или инородных тел;
- была травма глаза.

### 3.4. БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В данном разделе рассмотрим признаки наиболее распространенных заболеваний у детей раннего возраста.

#### Дисплазия тазобедренного сустава

**Врожденный вывих бедра** (син. Дисплазия тазобедренного сустава) — это врожденная неполноценность сустава, обусловленная его неправильным развитием, которая может привести (или привела) к подвывиху или вывиху головки бедренной кости — к «врожденному вывиху бедра». Современное название этой патологии — дисплазия тазобедренного сустава.

#### Симптомы дисплазии тазобедренного сустава

Осмотр проводят в тихой и спокойной обстановке, в теплом помещении, после кормления, в состоянии максимального расслабления мышц.

К основным критериям определения дисплазии тазобедренных суставов у грудничков относятся:

- 1) **асимметрия кожных складок бедра** (подколенные и паховые) и ягодичных складок — определяется в положении малыша лежа на животе при этом на стороне поражения складка или складки располагаются выше и глубже, но **этот симптом является неспецифичным**;
- 2) **симптом «укорочения бедра»** - ножка малыша визуально выглядит короче на стороне поражения;
- 3) симптом **«соскальзывания или щелчка»** (наблюдается в первые месяцы жизни) - при максимальном отведении нижних конечностей малыша в стороны в положении лежа на спине, отмечается «щелчок», что связано с вправлением вывиха. Этот же симптом с вздрагиванием ножки возникает при приведении ножки в исходное положение в связи с вновь возникающим вывихом.
- 4) **симптом ограничения отведения бедер.**

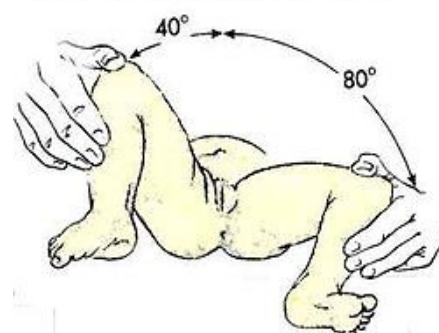
При наличии симптомов дисплазии тазобедренного сустава необходима консультация семейного врача/детского ортопеда.

### ОПАСНЫЕ ПРИЗНАКИ У МЛАДЕНЦЕВ (МЛАДЕНЦЫ ДО 2 МЕС.)

#### Признаки тяжелого заболевания у младенцев:

- Плохо сосет грудь или
- Судороги или
- Сонливость или отсутствие сознания или
- Стонущее дыхание или
- Учащенное дыхание (60 и более дыханий в мин) или
- Выраженное втяжение грудной клетки или
- Лихорадка (выше 38 °С\*) или
- Низкая температура тела (меньше чем 35,5°С\*) или
- Движения только при стимуляции или отсутствие движений
- Центральная цианоз

Ограничение отведения правого бедра



При наличии данных симптомов:

- Сообщите семейному врачу
- Затем дайте первую дозу антибактериального препарата внутримышечно (см. .
- Профилактически лечите гипогликемию
- Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар.
- Направьте СРОЧНО в стационар<sup>13</sup>

## ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ

**Желтуха новорожденных** - это видимое окрашивание кожи и склер у новорожденного ребенка в результате повышения уровня билирубина в крови.

- желтуха является одним из самых распространенных заболеваний, требующих оказания медицинской помощи новорожденному ребенку;
- примерно у 60% доношенных и 80% недоношенных детей желтуха развивается на первой неделе жизни, и у 10% детей, находящихся на грудном вскармливании может сохраняться до 1 месяца [3].
- в большинстве случаев желтуха проявляется в первые трое суток жизни
- ребенка, ее течение благоприятно и расценивается как «физиологическое» состояние.

### Классификация

**Физиологическая желтуха** – обычно проявляется после 36 часов после рождения, убывает к 14 дню жизни у доношенного и к 21 дню у недоношенного ребенка, характеризуется удовлетворительным состоянием ребенка, чаще всего обусловлена особенностями метаболизма новорожденного ребенка.

### Патологическая желтуха:

- **Ранняя желтуха** – проявляется в первые 36 часов жизни. Желтуха, проявившаяся в первые 24 часа после рождения - всегда признак патологии;
- **Затяжная желтуха** – желтуха, сохраняющаяся более 14 дней у доношенных и более 21 дня у недоношенных;
- **Поздняя желтуха** – проявляется после 7 дня жизни новорожденного ребенка и всегда требует тщательного обследования.

### Частые причины возникновения желтух:

1. **Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору** – возникает при наличии у матери Rh (-) группы крови, у ребенка – Rh (+). Отмечается высокая частота неврологических осложнений.
2. **Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0-системе** – возникает при наличии у матери 0 (I) группы крови, у ребенка А (II) или В (III) группы крови. Отмечается рост относительной частоты этой патологии, равно как и несовместимости по редким факторам (Kell, Duffy и др.).

## КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ОЦЕНКА ЖЕЛТУХИ:

### 1. Цвет кожных покровов:

**Визуальный осмотр** полностью раздетого ребенка на наличие желтушного окрашивания кожных покровов в условиях достаточного освещения (предпочтительно дневного). Бывает недостоверен у новорожденных со смуглым цветом кожи. Для этого проводится надавливание на кожу ребенка до уровня подкожно-жирового слоя (палец, фонендоскоп).

<sup>13</sup> Блок схема программы ИВБДВ. 2017г.

Осмотр склер, слизистых оболочек (десен). Для определения приблизительной степени желтухи можете использовать шкалу Крамера (см. Рис.)

Этапность появления желтушного окрашивания кожных покровов\*:

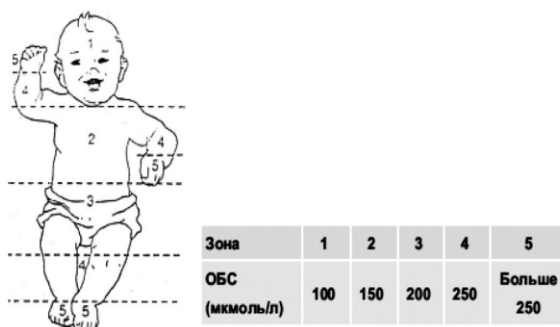


Рис. 1. Модифицированная шкала Крамера – этапность появления желтухи у доношенных новорожденных в зависимости от ориентировочного уровня билирубина.

\* В истории развития новорожденного (амбулаторной карте) обязательно указать зону желтушного окрашивания кожи.

## 2. Время появления желтухи:

– желтуха любой локализации (по зонам Крамера), появившаяся в первые 24 часа после рождения является важным предиктором развития тяжелой гипербилирубинемии. Поэтому таким новорожденным требуется немедленное (в течение 2 часов) определение уровня билирубина в сыворотке крови, выбор тактики лечения и наблюдения, а также поиск возможных причин возникновения желтухи;

– также показаниями к диагностике и началу лечения является распространение желтушного окрашивания на зону 4 на 2-е сутки жизни и на зону 5 после 48 часов;

## ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛТУХИ

### 1. Первичная профилактика

1. Кормление грудным молоком в первые несколько дней не реже чем 8 - 12 раз в сутки;
2. Если потеря веса составляет больше 10% - оценить адекватность грудного вскармливания (4-6 сырых подгузника в сутки, стул 3-4 раза в день, к 3-4-м суткам жизни стул должен поменяться от мекония до мягкого стула горчично-желтого цвета).

### 2. Вторичная профилактика

В дородовом периоде всем беременным женщинам необходимо определить группу и резус-принадлежность крови.

## 3.5. РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

### 3.5.1. РАННЕЕ ДЕТСТВО – ВРЕМЯ БЕСКОНЕЧНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Ранние годы являются периодом огромных уязвимостей и возможностей. То, что было или не было сделано в это время, может на протяжении всей жизни влиять на здоровье, поведение индивида, способность к установлению связей и достижению успехов в образовании и занятости. В раннем детстве закладываются важнейшие основы здоровья, обучаемости и поведения на всю последующую жизнь. В течение первых лет жизни дети из зависимых и беспомощных новорожденных становятся детьми, способных ходить, разговаривать и активно решать проблемы.

**Развитие ребенка – это постепенный процесс проявления детской способности, видеть, слышать, говорить, двигаться, думать и решать проблемы.** Все дети развиваются по-разному и с разной скоростью, в зависимости от их генетического фона и условий окружающей среды. Такие факторы, как возраст и анемия у матери перед зачатием и

во время беременности также влияют на развитие ребенка. Социальная и физическая среда, в которой воспитываются дети, как правило, влияет на то, смогут ли они развить чувство любознательности, интереса к учебе и уверенности в себе.

Для того чтобы процесс развития происходил в определенные периоды времени, необходимо вкладывать в него конкретные ресурсы. За вложение этих ресурсов ответственность несут взрослые, которые ухаживают за ребенком, включая родителей, семьи, медицинских работников, учителей, социальных работников и других лиц.

### Что такое области развития?

В первые годы у детей увеличивается не только рост и вес, но и развитие. В целом развитие включают следующие области:

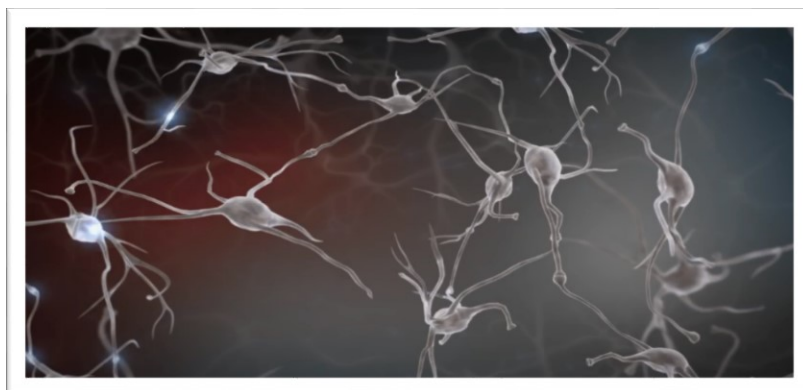
- *Физическое развитие* – это освоение движения, поддержание равновесия и развитие способности использовать крупные мышцы тела (например, тех мышц, которые находятся в спине и ногах, и необходимы для бега, прыжков и подъема по лестнице) и малые мышцы (например, находящиеся в пальцах и необходимые для манипуляций с мелкими предметами или для того, чтобы держать карандаш); данные процессы соответственно известны как развитие *крупной моторики* и развитие *мелкой моторики*.
- *Социально-эмоциональное развитие* – это способность ребенка устанавливать и поддерживать отношения. Дети раннего возраста учатся дружить, участвовать в групповых играх, проявлять сочувствие к другим, сотрудничать, и понимать смысл таких понятий, как справедливость и необходимость делать что-либо по очереди, а также того, что является приемлемым и неприемлемым в социальных ситуациях. Дети развивают в себе уверенность, самоуважение и способность контролировать эмоции.
- *Когнитивное (умственное) развитие* – относится к возрастающей способности к обучению и более сложному образу мышления. В первые годы у детей развивается любознательность, и они учатся задавать вопросы "как?", "когда?" и "почему?". У детей возрастает продолжительность концентрации внимания, они учатся сосредотачиваться на задачах и решать проблемы, они учатся распознавать цвета и читать буквы и цифры.
- *Коммуникативное (речевое) развитие* – включает в себя способность понимать язык и выражать потребности, мысли и эмоции в устной форме. В первые годы жизни дети переходят от лепета к произнесению одного или двух слов, а затем овладевают речью с использованием полных предложений. Ребенок учится описывать впечатления, говорить о прошлом, настоящем и будущем, участвовать в беседах. У ребенка развивается любовь к прослушиванию рассказов и историй из читаемых ему книг.
- *Адаптивные навыки* – обозначают развитие у ребенка способностей приспосабливаться к окружающей среде и адаптироваться к выполнению рутинных действий. К концу раннего детства большинство детей могут одеваться, есть, купаться, чистить зубы и ходить в туалет без помощи взрослых. Они также учатся использовать ложки и вилки во время еды, помогать убирать свои игрушки и книги и следовать простому распорядку, например, ложиться спать, играть и есть в определенное время.

### Развитие мозга

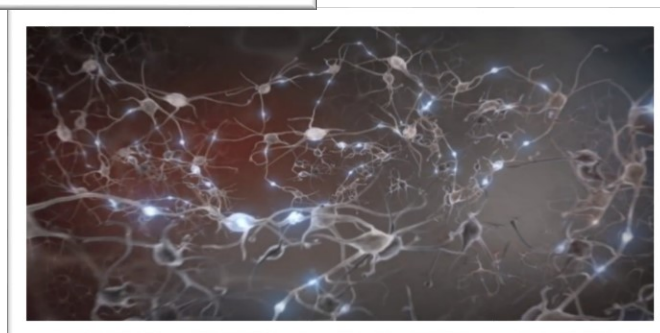
Развитие мозга обусловлено генетическими факторами, но оно изменяется в зависимости от качества окружающей среды, поскольку младенцы рождаются незрелыми. Размер их мозга составляет примерно четверть размера мозга взрослого человека. При рождении ребенок имеет 100 миллиардов клеток головного мозга или *нейронов*, которые пока еще не связаны в цепочки (см. Рис.1). В первые три года жизни мозг устанавливает связи между клетками мозга через *дендриты* и один нейрон может подключиться к 15000 других клеток. Дендриты не соприкасаются друг с другом; промежутки между ними называются синапсами. Электрические импульсы проводятся через синапсы посредством

химических веществ, называемых *нейротрансмиттерами*. Создание и укрепление цепочек образует основу эмоций, моторики, контроля поведения, логики, языка и памяти. Цепочки, которые используются многократно – становятся более эффективными, а те, которые не используются – исчезают.

**Рис. 1. Формирование связей между клетками мозга**



Миллионы связей создаются между миллиардами клеток мозга в ранние годы



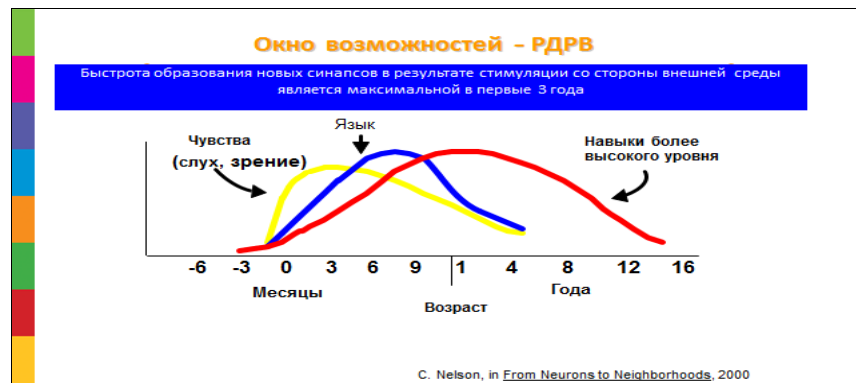
### *От простого к сложному*

К трехлетнему возрасту, мозг достигает 80 процентов своего взрослого веса. В этом возрасте, мозг детей в 2,5 раза более активен, чем мозг у взрослых, и такое положение сохраняется в течение первого десятилетия жизни. Развитие мозга у ребенка раннего возраста влияет на физическое и психическое здоровье, способности к обучению и поведение на протяжении детства и взрослой жизни.

Сначала развиваются простые навыки, а затем на этом фундаменте строятся более сложные навыки. Например, связи восприятия, отвечающие за зрение и слух, формируются раньше, чем речь, а речь развивается до возникновения способности к познанию. Существуют [критические периоды](#), во время которых мозг должен получать определенную стимуляцию (см. Рис.2).

Например, в первые три-четыре месяца мозг требует зрительной и слуховой стимуляции, необходимые для развития у ребенка восприятия глубины и звуков речи. Возраст от шести месяцев до трех лет- критический период для развития языковых навыков. Более высокий уровень мышления у детей, например, способность к аргументации и решению проблем развивается с 10 месяцев вплоть до первых классов начальной школы. Дети, которые не получают необходимого стимулирования в чувствительные или критические периоды, имеют меньшую вероятность полностью реализовать свой потенциал.





К возрасту одного года части мозга младенца, которые различают звуки голоса, начинают адаптироваться к языку, на котором говорят с ребенком, и уже начинают терять способность распознавать звуковые различия. Дети, растущие в семьях, члены которых занимались интеллектуальным трудом, слышали в среднем 2153 слов в час и в возрасте 3-х лет обладали словарным запасом 1100 слов, в то время как дети в семьях рабочего класса слышали в среднем 1251 слов в час и соответственно в 3 года знали 750 слов, а дети в бедных семьях слышали в среднем 616 слов в час и знали 500 слов.

## Влияние стресса

Так же, как положительный ранний опыт строит здоровую архитектуру мозга, неблагоприятные ранние переживания могут ослаблять ее. Стресс играет важную роль в раннем развитии мозга. Известно, что недоношенные дети быстрее набирают вес, когда их уход включает в себя прикосновения в дополнение к питанию.

У детей, которые подвергаются высокому уровню стресса, который часто называют "токсичным стрессом", может нарушаться способность думать и контролировать свои эмоции. Токсичный стресс может возникнуть, когда ребенок физически или эмоционально наказывается, подвергается насилию, отсутствию заботы или жестокому обращению, воспитывается в условиях крайней нищеты или живет в семьях, члены которых страдают психическими заболеваниями, такими как депрессии или злоупотребления психоактивными веществами.

Низкие уровни стресса не наносят вреда детям, особенно если уход за ними осуществляется любящим и отзывчивым лицом. Стрессы, которым люди подвергаются в ранние годы жизни, изменяют их способность умерять свои реакции на стресс и управлять ими в дальнейшей жизни. Так, у взрослых, которые получили недостаточно заботливое воспитание в ранние годы жизни, как правило, сохраняются устойчивые уровни гормонов стресса длительное время после ситуаций, вызвавших стресс. Недостаточная стимуляция и отсутствие заботы в ранние годы жизни может влиять на развитие мозга и обуславливать эмоциональные и когнитивные проблемы на протяжении всей жизни.

**А. Позитивный стресс** – стресс, который является умеренным и недолгим, в результате чего кратковременно увеличивается частота сердечных сокращений или возникают незначительные изменения в уровнях гормонов стресса. Источники позитивного стресса могут включать в себя такие вещи, как проблема встреч с новыми людьми, преодоление негативного *психического состояния* или получение прививки. Позитивный стресс рассматривается как важный и необходимый аспект здорового развития, который происходит в контексте стабильных и благоприятных отношений.

**Б. Терпимый стресс** – стресс, который является достаточно серьезным, чтобы нарушить структуру мозга, если не остановить его, но амортизируется поддерживающими отношениями, которые способствуют адаптивному преодолению стресса и смягчению разрушительных последствий. Источниками терпимого стресса могут быть смерть или

тяжелая болезнь близкого человека, пугающие травмы, развод родителей или стихийное бедствие. Терпимый стресс обычно происходит в течение ограниченного периода времени, что дает возможность мозгу оправиться от потенциально разрушительных последствий.

**В. Токсичный стресс** – это тяжелый и длительный стресс при отсутствии защиты смягчающего буфера, в роли которого выступают отношения поддержки. Источники этого вида стресса могут включать в себя такие явления, как физическое или эмоциональное насилие, хроническое отсутствие заботы, тяжелую материнскую депрессию, наркоманию родителей или насилие в семье. Токсичный стресс нарушает структуру мозга и приводит к пожизненным проблемам в учебе, поведении, в физическом и психическом здоровье.

### 3.5.2. РАЗВИТИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ МЕЖДУ РОДИТЕЛЕМ И РЕБЕНКОМ

- Младенцы и дети раннего возраста развиваются лучше когда у них имеются **доверительные надежные взаимоотношения с матерью и отцом** и другими воспитателями, которые регулярно занимаются их воспитанием.
- На протяжении времени **привязанность между матерью и ребенком**, и отцом и ребенком обычно приобретает большее значение, нежели привязанность к другим людям, за исключением ситуации, когда основным воспитателем ребенка является какой-то другой человек.
- Научные исследования, показывают, что примерно половина всех маленьких детей обладают **надежной (безопасной) привязанностью** к матери, отцу или другому основному воспитателю.
- Привязанность родителя и ребенка подобна «клею», который помогает соединить воедино **все компоненты развития** ребенка: здоровье, обучение, развитие и общее благополучие ребенка.
- Что касается формирования привязанности, то **чрезвычайно важным оказывается время, когда это происходит**. Когда это происходит рано, то это ведет к надежной привязанности.
- Родители и дети не всегда автоматически «влюбляются» друг в друга. Однако матери, отцы и другие основные воспитатели могут обучиться **навыку «настроенности» на своего ребенка**, а это способствует более хорошей привязанности.
- Способствуя формированию надежной привязанности между детьми раннего возраста и их воспитателями, мы содействуем достижению всех других целей, которые ставятся при домашнем визите, и способствуем **общему благополучию ребенка и семьи**.

#### Модели надежной и ненадежной привязанности между родителем и ребенком

Модели	% детей	Реакция на разлуку
Надежная привязанность	60-70%	Ребенок демонстрирует легкое расстройство, когда разлучается с родителем. Однако, когда родитель возвращается, ребенок хочет, чтобы родитель его приласкал и приободрил, и он легко успокаивается. <b>Дети с прочной привязанностью явно предпочитают своего родителя незнакомому человеку, а когда пугаются или расстроены, они пытаются найти утешение у своего родителя.</b>
Ненадежна	10-15%	Когда родитель выходит, дети могут испытывать очень

я: амбивалентная или сопротивляющаяся		сильный стресс, но их трудно успокоить, когда они воссоединяются со своим родителем. Это может быть связано с каким-то прошлым опытом ребенка, когда реакция родителя и получаемые утешение и поддержка были непоследовательны или непредсказуемы.
Ненадежная: избегающая	15-20%	Ребенок не показывает явно тревогу, когда родитель выходит, а по ее возвращении ребенок не пытается активно установить с ней контакт или даже избегает контакта с ней. Дети с избегающим типом привязанности своего родителя не предпочитают совершенно незнакомому человеку. Такая модель может развиваться, когда родитель не проявляет чуткости или отвергает ребенка (игнорирует или принижает его, раздражается), и поэтому нужды ребенка часто не удовлетворяются. Это наблюдается в ситуациях, когда родитель страдает от депрессии или у него имелась привязанность избегающего типа в отношении его собственных родителей.
Дезорганизованная или дезориентированная привязанность	5-10%	Когда родитель выходит из комнаты, ребенок приходит в замешательство. У него проявляется смесь непоследовательности, страха и дезорганизованного выражения типов поведения, отражающих испуг или контроль. Такие дети могут также проявлять смесь избегающего, или сопротивляющегося типов привязанности по отношению к своим родителям. Такой тип привязанности может быть потенциально связан с домашней средой, которая характеризуется жестоким обращением и/или отсутствием заботы, пребыванием в детдоме или лишением матери. Родитель/воспитатель может служить как источником утешения и поддержки, так и источником страха, что ведет к дезорганизованному поведению.
<b>Когда дети с ненадежной привязанностью становятся подростками и затем взрослыми, обычно у них чаще встречаются депрессия и тревожность.</b>		

### **Передача моделей привязанности от поколения к поколению**

Исследования показывают, что существует высокая степень соответствия (68-75%) между моделями привязанности ребенка и моделями привязанности у взрослых. Это означает, что большинство людей сохраняют в своей взрослой жизни ту модель привязанности (надежную или ненадежную), которую они сформировали в раннем детстве. У 75% матерей и младенцев наблюдаются одинаковые надежные или ненадежные модели привязанности.

### **Список-напоминание в отношении развития здоровой привязанности**

Что первое и самое важное вы можете сделать, придя в дом? Первое и самое важное, что вы можете сделать, когда семья откроет вам дверь – это установить взаимоотношения поддержки с семьей (а не только с одним человеком в семье) через **вашу собственную настроенность и вашу способность развивать взаимоотношения доверия с членами семьи.**

Вы можете помочь матерям и отцам «влюбиться» в своего ребенка, **установив с ними доверительные теплые взаимоотношения, помогая им испытать настроенность в ваших взаимоотношениях с ними.**

С рождением ребенка приходят страхи перед неизвестным и тревога, особенно если у родителей это первенец. Для младенца все является новым, когда он покидает безопасный мир утробы матери. Теперь на ребенка обрушивается множество ощущений – яркий свет, громкий шум, прикосновения, движения, запахи и вкус молока матери. Все выбиваются из сил, стараясь найти способы сохранять «саморегулирование» и создать предсказуемый распорядок кормления, периодов сна и бодрствования для чутких взаимодействий с младенцем.

**Родителям необходимо найти способы оставаться спокойными,** когда на них обрушивается новый жизненный опыт – чтобы быть в состоянии обращать внимание на младенца и взаимодействовать с ним. Например, когда матери удается успешно кормить ребенка грудью, и ее голодный младенец перестает плакать или раздражаться и становится довольным, посасывая молоко и смотря на мать, то мать испытывает физиологическое воздействие выделения окситоцина. Этот гормон является тем же самым химическим веществом, которое выделяется в мозгу, когда люди влюбляются. **Он дает очень сильные ощущения на протяжении первых недель кормления грудью и укрепляет связь матери с ребенком.**

Подобным же образом, когда отец держит ребенка на руках, уже спустя 15 минут в его теле начинаются изменения: **начинают выделяться окситоцин и пролактин** (известный как «гормон грудного кормления»). Он замещает тестостерон и **повышает родительская чуткость.**

Младенцы учатся саморегуляции при помощи хорошей «настроенности» взрослых. **Матери и отцы также вновь приобретают саморегуляцию, когда младенец позитивно реагирует, когда его нужды удовлетворяются.** Такой «эмоциональный танец» при хорошей настроенности становится циклом «саморегуляции». Зачастую родители не овладевают этим естественным образом, особенно если во время младенческого периода имеется какой-то дополнительный стресс.

### **Домашние визиты на первом году жизни ребенка**

Первый год жизни является **периодом быстрого роста и изменений ребенка.** Вероятно, будет возможность радоваться, наблюдая за тем, как ребенок развивается от одного посещения до другого.

«Влюбиться» в младенца, который развивается в соответствии с ожидаемым графиком, легко, особенно если беременность была желательной, а у родителей были **надежные привязанности, когда они сами были младенцами.** Однако для некоторых родителей это окажется отнюдь не так легко.

У некоторых семей, которые вы будете посещать, имеются многочисленные **«факторы риска»**, которые могут нарушить здоровую динамику отношений в семье, закрепить ненадежные привязанности между ребенком и родителями и, в конечном итоге, повлиять на развитие ребенка и эти семьи требуют **дополнительных домашних визитов и всесторонней поддержки ребенка и его семьи.**

**Чтобы помочь родителям, просите их показать, как они взаимодействуют и играют с ребенком каждый раз, когда вы к ним приходите.**

Наблюдая за естественными взаимодействиями и игрой родителей, вы можете направлять их, давая им идеи, как следовать за инициативой или интересом ребенка; способствовать тому, чтобы они использовали и развивали круги коммуникации, а также вводить новые виды деятельности /занятия, соответствующие развитию ребенка в этом возрасте.

Такой **подход на основе игры и взаимодействия родителей с ребенком гораздо более эффективен,** нежели попытки заставлять ребенка делать какие-то действия, которые он «должен» делать в его возрасте, когда у ребенка нет интереса к этой деятельности. Это относится и к детям с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью.

## Домашние визиты на втором и третьем году жизни ребенка

На протяжении второго и третьего года жизни ребенка во время ваших посещений на дому вам необходимо продолжать:

- Развивать надежные взаимоотношения со всеми членами семьи, выстаивая доверие через эмоциональную настроенность.
- Способствовать «эмоциональной со регуляции» между родителями и ребенком, особенно в периоды проявления сильных эмоций (например, в младенческий период, но это касается любого периода, если имеют место сильный стресс или эмоции).
- Работать над тем, чтобы родители «влюблились» или продолжали любить своего малыша, ежедневно практикуя метод, который Стэнли Гринспан назвал «флортайм»: и ребенок, и родители вместе получают УДОВОЛЬСВИЕ и РАДОСТЬ в ходе взаимодействия и игры, причем взаимодействие и игра обязательно опираются на интерес ребенка.



Обычно на втором и третьем году жизни ребенка осуществляется немного посещений на дому, а с ребенком при этом происходят **огромные изменения в плане развития и эмоций**. На протяжении этого периода у ребенка развивается **чувство собственного «я»**, и он лучше осознает, чего он хочет или не хочет.

В зависимости от речевых и коммуникативных навыков детей они сообщают о своих желаниях и нуждах через невербальные средства или словами. Иногда родители считают, что это «проблемное» вызывающее поведение (когда ребенок нарочно делает прямо противоположное) и стараются установить ограничения и привить дисциплину.



Другие взрослые начинают позволять ребенку очень многое. Они разрешают ребенку делать все, что угодно, не устанавливая четких требований и ожиданий и не помогая ребенку учиться саморегуляции – чтобы он сам мог регулировать свое поведение в соответствии с правилами семьи и культурными нормами.

Некоторые взрослые прибегают к авторитаризму, накладывая жесткие ограничения и наказывая ребенка, если он не подчиняется или у него вспышки раздражения или истерики. Предпочтительный стиль воспитания называют **«авторитетным»**.

Он предполагает теплые **заботливые взаимодействия в сочетании с четкими требованиями и обучением ребенка** тому, как выполнять эти требования. Этот стиль наиболее эффективен, если все взрослые в доме – мать, отец, бабушка и дедушка – используют этот стиль воспитания.

Однако здоровое воспитание не сводится к установлению ограничений. Оно предполагает формирование «теплых, близких и постоянных взаимоотношений между родителями и ребенком, при которых ВСЕ удовлетворены и получают удовольствие, и в ходе этого интерактивного процесса ребенок растет, развивается и обучается».

### 3.5.3. ВОВЛЕЧЕНИЕ ОТЦОВ

В этом разделе рассмотрим важность **вовлечения отцов в воспитании ребенка** и положительное влияние их в развитие ребенка.

#### ОСНОВНЫЕ ИДЕИ ВАЖНОСТИ ВОВЛЕЧЕНИЯ ОТЦОВ

1. Отцы оказывают существенное влияние на детей и матерей. Важным также является

- то влияние, которое отцовство оказывает на мужчин.
2. Если не работать в семьях с отцами, то ухудшается качество услуг, предоставляемых детям и матерям, и они могут подвергаться более серьезным рискам
  3. Специалисты по домашнему визиту могут оказывать важное положительное воздействие на готовность отцов помогать своим партнерам и участвовать в воспитании своих младенцев и детей раннего возраста

## **ВОВЛЕЧЕНИЕ ОТЦОВ И ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ**

**Отцы имеют важное значение.** Отношения между отцом и ребенком, являются ли они позитивными, негативными или отсутствуют вообще, на любом этапе жизни ребенка, и во всех культурных и этнических сообществах, оказывают глубокое и всеобъемлющее влияние на детей, которое **длится всю жизнь**. Отцы также оказывают существенное воздействие на матерей<sup>14</sup>.

Работа с отцом, так же, как и с матерью, повышает качество **взаимодействия матери со своим ребенком**: “чуткость каждого из родителей по отношению к своему ребенку (и привязанность их ребенка к ним) повышается, если во вмешательство включаются оба родителя”.

**Отцы, все без исключения, оказывают влияние с самого начала.** И, так же в случае с матерями, это влияние может быть, как позитивным, так и негативным. Например, младенцы, в заботе которых активное участие принимают отцы, **развиваются быстрее**; в то время как у детей, отцы которых находились в депрессии в первый год после их рождения, и годы спустя все еще могут проявляться проблемы поведенческого и эмоционального характера.



Много внимания было уделено долгосрочному влиянию на ребенка в первый год его жизни материнской депрессии и недостаточной привязанности между матерью и ребенком.

Имеющиеся сегодня результаты исследований показывают, что плохое психическое состояние отцов и недостаточно прочная привязанность между отцом и ребенком также может оказывать долгосрочное вредное воздействие.

## **ВЛИЯНИЕ ОТЦОВСТВА НА МУЖЧИН**

Неравнодушное отцовство важно не только для детей и матерей. Оно оказывает позитивное влияние и на самих отцов. Отцы, которые заявляют о тесных связях со своими детьми, **дольше живут, имеют меньше проблем с душевным и физическим здоровьем** чем отцы, которые не имеют таких связей со своими детьми.

Мужчины, которые понимают риски осложнений при беременности, поддерживают использование своей партнершей соответствующих услуг. У матерей, у которых есть спокойный и поддерживающий их партнер, **роды проходят легче**. Присутствие отца при родах может укрепить взаимоотношения родителей.



## **ВЛИЯНИЕ ОТЦОВ НА РОЖЕНИЦ**

Существует вероятность того, что непосредственный уход за ребенком может снизить склонность к использованию насилия, а данные исследований показывают, что отцы, которые занимаются воспитанием и берут на себя значительную ответственность за

<sup>14</sup> State of the World's Fathers, Man care (Положение с отцами в мире, Мужчины небезразличны), 2015

выполнение основных функций по уходу за ребенком (например, кормление, смена подгузников) с гораздо меньшей степенью вероятности будут прибегать к насилию по отношению к своим детям в последующие годы.

Готовность отцов оказывать поддержку приводит к более низкому уровню стресса и депрессии, связанной с выполнением родительских обязанностей у матерей, к более легким родам и к увеличению числа женщин, готовых кормить ребенка грудью.

Матери подросткового возраста испытывают больше чувства собственного достоинства, если отец их ребенка готов их поддерживать, и они становятся более привязанными к своим младенцам, менее склонными к отказу от них и готовности их наказывать.

## **ВЛИЯНИЕ ОТЦОВ НА ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ**

Чуткое/поддерживающее вовлечение отца, *начиная с рождения ребенка, и далее*, приводит к положительным когнитивным результатам у младенцев и детей, начинающих ходить, включая более высокий коэффициент умственного развития в возрасте 12 месяцев и 3 лет.

Успехи детей зависят от участия отцов и матерей в занятиях по развитию. Матери и отцы могут побуждать друг друга использовать новые слова, обращаясь к ребенку и находясь рядом с ним, а также предложения сложной структуры и короткие, ясные выражения.

## **СНИЖЕНИЕ НАСИЛИЯ В ЖИЗНИ ДЕТЕЙ СО СТОРОНЫ ОТЦОВ**

Когда поведение мужчин является вспыльчивым и деспотичным, безопасность членов семьи подвергается непосредственному риску. Устранение таких рисков и управление ими приобретает важнейшее значение – и не только для безопасности находящихся рядом с таким мужчиной членов семьи, но и для других женщин и детей, с которыми такие мужчины взаимодействуют или могут взаимодействовать в будущем.

Когда речь идет о защите детей, большинство мужчин ‘врываються’ в сознание специалистов только в ситуации кризиса. Результатом работы с отцами *с самого начала* (ее могут прекрасно проводить именно специалисты), вполне возможно, станет более хорошая оценка рисков и управление ими, что приведет к сокращению вреда.

Начало работы с отцами на раннем этапе до того, как возникает кризис, **облегчает задачу оказания им помощи** в овладении соответствующим стилем выполнения родительских обязанностей и может предотвратить кризисы.

## **РОЛЬ В ОКАЗАНИИ ОТЦАМ ПОДДЕРЖКИ В СЕМЬЯХ**

При равной поддержке и практике, мужчины и женщины овладевают навыками ухода за детьми с одинаковой скоростью, и поскольку *действие ухода за детьми* вызывает у мужчин гормональные и мозговые изменения, которые в долгосрочной перспективе способствуют выработке чувства заботы и привязанности.

То, как специалист установит связь с отцами, и как он будет толковать гендерные роли, как матерям, так и отцам, скорее всего, будет оказывать существенное влияние на выполнение ими своих ролей, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

## **ПРАКТИКА ВОВЛЕЧЕНИЯ ОТЦОВ**

Специалисту ДВ желательно **чаще использовать слово ‘отец’**. Слово «родитель» так часто используется и имеется в виду ‘мама’, что ссылаясь на ‘родителей’ не дает персоналу или семьям ясно понять, что участие отцов приветствуется или что в нем заинтересованы. Аналогично, слово ‘семья’ часто толкуется специалистами и родителями как означающее ‘мать и ребенок’.

По сути, отцам необходимо **‘дать разрешение’** на участие в работе с специалистами. Это может означать, что их нужно ‘подтолкнуть’ для вовлечения в работу больше, чем

матерей: каждый ‘толчок’ они могут рассматривать как приглашение, и может потребоваться несколько таких действий, прежде чем им станет понятно, что их рады приветствовать.

Любое обращение **должно адресоваться обоим родителям**, с объяснением содержания посещения. В нем вам необходимо представиться как **“ваш семейный специалист”** и сообщить, что вы будете делать во время посещения: взвесите ребенка, поговорите и о грудном вскармливании, повседневных занятиях и роли отца. Если первый контакт происходит по телефону, подход должен быть таким же. Если вы звоните по телефону, и трубку берет отец, будьте готовы обменяться с ним несколькими словами и не просите сразу же передать трубку маме. Мягко дайте понять, что вы хотели бы **встретиться с ними обоими**, потому что они оба очень важны для ребенка.

**Помните**, что периодически может быть очень полезно провести **индивидуальную встречу с каждым из них: отцы, так же, как и матери**, могут чувствовать, что наедине с вами они могут высказать свою озабоченность по поводу каких-то вещей. Если отец присутствует постоянно, можно просто сказать: “А сейчас мне нужно поговорить с каждым из вас отдельно”.

Уходя, дружелюбно посмотрите родителям в глаза/пожмите руку и т.д. каждому из них. Если в этот момент отец находится дома, но его нет в этой комнате, постарайтесь увидеть его, чтобы попрощаться.

Убедитесь, что у него есть ваша контактная информация, и еще раз подчеркните, что он и его партнерша **могут обращаться к вам с вопросами или проблемами**. Если он совсем отсутствовал во время посещения, поговорите с матерью об этом и об организации посещения, во время которого он также будет присутствовать.

### 3.5.4. ИСКУССТВО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА – ЛЮБИ, ОБЩАЙСЯ, ЧИТАЙ И ИГРАЙ



#### ВАЖНОСТЬ ПОЗИТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДЕТЬМИ – ЛЮБОВЬ

Данная тема имеет важное значение для работы с семьями, потому что во время вашего посещения на дому, вы можете **наблюдать**, чутко ли родители и лица, обеспечивающие уход, **реагируют и настроены** на детей младшего возраста, или же им, возможно, потребуется помощь. В частности, в случае с младенцами, во время **домашних визитов, вы можете показать** отцам, матерям и/или лицам, обеспечивающим уход, насколько удивительно общительны и отзывчивы дети.

Вы можете **поддержать матерей, отцов и других лиц в общении, воспитании и играх** с их младенцами с самого начала.

Ваша роль как специалиста по домашнему визитированию, заключается в том, чтобы **поддерживать навыки родителей** и лиц, обеспечивающих уход, и с уважением относиться к их культурным ценностям. Повышая имеющиеся у них позитивные **навыки общения и**



**игры**, родители и/или лица, обеспечивающие уход, будут более уверены в своей способности ухаживать за своими детьми таким образом, чтобы способствовать **их развитию и обучению**.

Существует множество способов **выразить любовь**, и эти способы будут изменяться в зависимости от возраста ребенка:

- Улыбаться и смеяться вместе
- Прикосновения, объятия, ласка, щекотка, массаж или другие формы положительного физического контакта с ребенком
- Совместные шутки и шуточные игры
- Говорить теплым и любящим тоном
- Говорить ребенку: "**Я тебя люблю**", когда по ситуации это естественно сделать.

## **ОБЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ**

**Разговаривать с младенцами и детьми младшего возраста важно для развития их мозга** и предоставления им хороших стартовых возможностей для языкового развития. **Ключ к раннему обучению** (и позднее - к грамотности) заключается в необходимости разговаривать, в частности, в речевом общении с ребенком на языке, на котором говорят родители и лица, обеспечивающие уход, в период от рождения до 3 лет. **И чем больше разговаривают с ребенком, тем лучше!**

Прежде всего, дети должны быть погружены **в языковую среду**, что дает им возможность **слушать, смотреть** и добиваться, чтобы на их попытки общаться вербально и невербально им отвечали.

**Зрительный контакт** помогает младенцам сформировать нейронные связи и обеспечивает выброс гормонов, которые вызывают хорошие ощущения, закрепляя в них стремление к участию во взаимодействии.

Им необходимо слушать, чтобы начать **различать разные звуки**. Они вовлекаются в совместное фокусирование внимания, глядя на объекты, название которых произносит взрослый. И они узнают, что для ведения разговора собеседникам необходимо говорить по очереди.

После того как они **научатся различать звуки, они начинают понимать** определенные слова, фразы и, в дальнейшем, предложения.

Хотя дети из разных слоев, как правило, овладевают языковыми навыками примерно в одном и том же возрасте, на скорость увеличения словарного запаса сильное влияние оказывает то, **как много отцы, матери и лица, обеспечивающие уход, разговаривают со своими детьми**.

Дети в семьях служащих, в которых родители больше разговаривали со своими детьми, расширили свой словарный запас быстрее, чем их сверстники из семей с низкими доходами.

## **Следуйте инициативе ребенка**

При взаимодействии с младенцем или ребенком младшего возраста, важно, чтобы мать, отец или лицо, обеспечивающее уход, обращали внимание на язык тела ребенка и старались приспособиться к нему, а также следовали его инициативе. Взрослые показывают, что они следуют инициативе ребенка, если они:

- Реагируют на ребенка, когда он поворачивается к родителю или к лицу, обеспечивающему уход.
- Реагируют на плач ребенка.
- Наблюдают и отзываются о деятельности и действиях ребенка словами.
- Видят, что ребенок делает, и чего он хочет.

- Читают язык тела ребенка.
- Угадывают, чего ребенок хочет и что он чувствует.
- Реагируют на то, чего ребенок хочет и что он чувствует.
- Подстраивают свои действия под настроение ребенка.
- Демонстрируют интерес к тому, что ребенок делает.
- Хвалят и благодарят ребенка за то, что ему удается сделать.

## СИЛА ИГРЫ

С рождения, дети лучше всего обучаются **посредством игровых взаимодействий** с родителями, лицами, обеспечивающими уход, членами семьи и сверстниками.

Родители/лица, обеспечивающие уход, могут **способствовать созданию возможностей для игры**, а также участвовать в играх своего ребенка. Когда родители/лица, обеспечивающие уход, играют со своими детьми, они выстраивают **позитивные отношения с ребенком**, которые позволяют ребенку осознавать, что его любят и ценят. Это создает предпосылки для того, чтобы, когда ребенок станет старше, он был готов поделиться своими проблемами и тревогами. **Игра может также снизить стресс родителей и помогает им радоваться своим детям.**

Известно, что поведение родителей часто связано с полом ребенка. Так они соблюдают большую осторожность с девочками и обучают их правилам безопасного поведения, чем с мальчиками. Это в дальнейшем ведет к более высокому уровню травматичности среди мальчиков. Также известно, что родители поощряют более физически активные игры для мальчиков, и более спокойные у своих дочерей. Такой выбор игровой деятельности со стороны родителей, в последующем влияет на формирование возможностей и сильных качеств среди детей. Так, благодаря усидчивости у девочек лучше развивается способности концентрировать внимание, усидчивость, и лучшее интеллектуальное развитие, благодаря играм для развития мелкой моторики. В дальнейшем в школьном возрасте это является фактором для большей успеваемости у девочек, чем у мальчиков. Точно также из-за предпочтения родителями более активных игр для мальчиков, у них лучше развивается крупная моторика, тем самым лучше развивается способность ориентироваться в пространстве, вырабатывается выносливость, умение стратегически мыслить и тд. Так, влияние родителей в самом раннем возрасте может поощрять развитие различных навыков и способностей у девочек и мальчиков. В контексте современного темпа развития, для того, чтобы дети в будущем могли полноценно реализовать себя, **очень важно поощрять разнообразную игровую деятельность, как у мальчиков, так и у девочек.**

## Стратегии родителей

Лучше всего, когда родители адаптируют свои стратегии с учетом уровня развития навыков ребенка и обеспечивают возможности поднять этот навык на следующий уровень. Например, когда ребенок делает что-либо хорошо (например, кладет кубик в коробку), родитель может:

- ✓ добавлять новые порции информации ("видишь, ты кладешь красный кубик в коробочку");
- ✓ когда ребенок сталкивается с трудностью, можно давать советы ("поверни коробку в другую сторону", направлять (помочь ребенку повернуть коробку)
- ✓ смоделировать навык ("посмотри, как я опускаю блок в коробку").

**Повторение - это хорошо.** Малыши любят делать вещи вновь и вновь. Они практикуют навыки, чтобы преодолеть сложность. Освоение навыка дает им уверенность в себе и чувство компетентности. Чем больше дети практикуют и осваивают новые навыки, тем более вероятно, что они начнут решать новые задачи, что продвигает обучение.

**Необходимости в дорогих игрушках для игр нет.** Существуют многие предметы домашнего обихода и естественного происхождения, которые семьи могут

использовать. Главным соображением при использовании повседневных предметов в игре является безопасность.

### **Использование предметов домашнего обихода в играх**

- мягкие игрушки из ткани. пластиковые предметы - миски, ложки, крышки;
- игрушки, которые можно тянуть - прикрепите ленту к небольшой коробке;
- игрушки, которые можно толкать и тянуть - игрушки с колесами;
- тоннели из ткани: простыни, накинутые на стулья и столики;
- подвесные игрушки из цветной бумаги и колечек, нарезанных из картонного валика от рулона бумажных салфеток, висящие над кроватью;
- большие продуктовые коробки - некоторые открытые, некоторые плотно заклеенные лентой. малые горки;
- книги из материи для малышек - сшейте куски ткани и нетоксичными маркерами нанесите простые рисунки;
- фотографии, ламинированные или покрытые прозрачной пластмассой - знакомых людей, семейные, домашних животных, животных;
- игры "ку-ку" - прятанные лица в ладошки, прятанные предметы, одеяла и ткани - для прятков;
- предметы, производящие шум/музыкальные инструменты - стук по барабанам, горшкам, поглаживание расчески и т.д.;
- погремушки с различными звуками - положите разное количество ракушек или камешков в банки с пластиковыми крышками, заклеенными для безопасности.
- куклы - сделайте кукол из носков, пришейте им глаза из пуговиц;
- бумага (мягкая) для того, чтобы рвать и мять ее;
- катушки (старые и пустые) - отшлифуйте их, чтобы сделать из них игрушки для складывания;
- пространство для ползания - чистое, безопасное, удобное;
- игра с водой - в больших пластиковых контейнерах, с пластиковыми бутылками, пластиковыми чашками, губкой, мылом;
- шарики из губки, набитые старые чулки - для того чтобы бросать и ловить, и, возможно, большие корзины, чтобы бросать их в них;
- игры на подбор по цветам - наборы кусочков цветной бумаги, тканей, старых обоев;
- игры на подбор по формам - вырезанные соответствующие наборы геометрических фигур;
- реквизит для разыгрывания спектаклей - старая одежда для переодевания, головные уборы, ткани, старые предметы кухонной утвари (миска, ложка, горшок), игрушечный телефон, пупсы;
- игры на сортировку - коллекции крупных предметов (которые дети не смогут проглотить), такие как крупные раковины, большие куски цветного картона для игр типа «соедини то, что идет вместе»;
- головоломки - взять простую картинку из журнала и приклеить ее на кусок картона. разрезать изображение на 3 или 4 части, пусть ребенок восстановит его;
- небольшие коробки - заклеенные лентой, для игры в строительство;
- сумка сюрпризов - игра для названия предметов на ощупь по текстуре. кладите по одному предмету в сумку сюрпризов, пусть ребенок щупает их и угадывает, что это;
- игры с песком и водой - песок может быть сухой или смешанным с водой.
- предоставьте: ложки, лопатки, ведра, пластиковые контейнеры, воронки, и фильтры, если они есть;
- игрушки для катания - трехколесные велосипеды, или возьмите квадратную доску и прикрепите к ней колеса, чтобы дети могли двигать ее ногами.

## ПОЧЕМУ ВАЖНО ЧИТАТЬ МЛАДЕНЦАМ И ДЕТЯМ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА?

**Чтение вслух** младенцам и детям ясельного возраста способствует их **общему развитию**. Чтение ребенку вслух можно легко интегрировать в повседневную деятельность, в качестве успокоения после активной игры, или как ритуал отхода ко сну, проводя особое время вместе, прежде чем ребенок младшего возраста успокоится и заснет. Книги для младенцев должны содержать красочные иллюстрации. По мере роста, дети стремятся играть книгами, поэтому подходящими будут книги из ткани или крепкого картона, или водонепроницаемые книги (для ванны).

**Чтение является отличным занятием для отцов**. Исследования показали, что, когда отцы регулярно читали своим младенцам и малышам, их дети проявляли **лучшие ранние навыки чтения и грамотности** (например, более богатый словарный запас); они больше любили книги; лучше умели сосредотачиваться в детском саду; и имели более хорошие навыки в математике и решении задач.

**Если книг в доме нет, то их можно взять в библиотеке, купить на рынках или магазинах подержанных предметов или изготовить свои собственные книги.**

### 3.5.5. МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Медицинские работники только в **30% случаев могут правильно установить отклонения в развитии**, если не используют стандартный инструмент. При использовании - выявляют **70% отклонений в развитии**<sup>15</sup>.

В качестве стандартного инструмента мониторинга развития ребенка раннего возраста и раннего выявления трудностей и задержек в развитии предлагается медицинским работникам первичного уровня здравоохранения использование **«Международного руководства по мониторингу развития ребенка»** (далее РМРР).

Сбор анамнеза с использованием открытых вопросов является мощным диагностическим инструментом (более 80% правильной диагностики), которая также способствует развитию партнерских отношений<sup>16</sup>.

РМРР является подходом который основан на технике беседы с использованием открытых вопросов для:

- получения информации о развитии ребенка;
- установления доверительных отношений специалиста с родителем ребенка;
- усовершенствования мер по предупреждению и выявлению трудностей развития раннего детского возраста и их интеграции в сферу медицинских услуг, в частности систему здравоохранения.

Руководство по мониторингу развития детей раннего возраста состоит из 10 вопросов. Прежде чем приступить к опросу вопросов необходимо объяснить цель визита и установить доверительные отношения с родителем.

Начать беседу с родителем/лицом, ухаживающий за ребенком со словами: *«Очень важно отслеживать развитие вашего ребенка наряду с его физическим развитием. Под развитием я подразумеваю то, как Ваш ребенок познает, понимает, общается, разговаривает, заводит отношения, управляет телом, ногами, управляет пальцами и*

<sup>15</sup> Palfrey ve ark. J Peds 1987, Squires ve ark.JDBP 1996.

<sup>16</sup> Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. Ann. Intern. Med., 101, 692-696.

Blasi ZD et al (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet, 357, 757-762.

Hampton JR et al 1975). Relative contribution of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. BMJ, 2, 486-489.

Marvel MK et al (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improve? JAMA, 281, 283-287.

руками, видит и слышит. Мозг ребенка наиболее быстро развивается в этом раннем возрастном периоде. Поэтому выявлять затруднения в развитии целесообразнее всего именно в раннем возрасте. Вы лучше всех знаете вашего ребенка. Можем ли мы поговорить о развитии вашего ребенка 5-10 минут?».

После согласия, попросите родителя ответить на все вопросы.

**Вопрос 1: «Обеспокоены ли вы развитием Вашего ребенка в какой-либо области развития?».**

Этот вопрос является адаптацией из опросника PEDS (Оценка развития ребенка родителями)<sup>17</sup>:

- внимательно слушайте ответы родителя;
- если родитель выражает обеспокоенность, скажите, что вначале вы хотите узнать побольше о всех областях развития ребенка, и впоследствии вернетесь к предмету обеспокоенности;
- если родитель ничем не обеспокоен, скажите, что хотите в подробности узнать о развитии ребенка во всех вышеперечисленных областях развития.

**Далее задавайте вопросы РМРР для каждой из областей развития**

- Позвольте мне задать вам и узнать о развитии вашего ребенка во всех этих областях развития. Я хочу, чтобы вы мне на примерах рассказали, что делает ваш ребенок в повседневной жизни.

**Вопрос 2. Выразительная речь, коммуникация.** Каким образом Ваш ребенок выражает свое желание (что-либо сделать?). Какие он издает звуки, использует слова, делает (движения) рук или ног (жесты) для самовыражения?

**Вопрос 3. Восприятие речи (языка).** Как ребенок понимает вас и реагирует, когда вы с ним разговариваете? Как он реагирует, когда вы ему говорите, что возьмете его на руки, дадите ему еду или пойдете с ним гулять? Объясните на примере, что ребенок понимает из того, что вы ему говорите, а не показываете.

**Вопрос 4а. Крупная моторика.** Как ваш ребенок двигается, поворачивает голову, верхнюю часть туловища, ноги, например, как он держит и поднимает голову, сидит, ходит, ползает.

**Вопрос 4б. Мелкая моторика.** Как ребенок выполняет мелкие движения, как он пользуется своими руками, ладонями и пальцами, например, держит предметы, самостоятельно ест, рисует.

**Вопрос 5. Формирование отношений.** Как ваш ребенок относится к окружающим людям? Что он делает, чтобы установить контакт с окружающими? Устанавливает ли он зрительный контакт? Что он делает при общении с людьми, которых он знает? Как он показывает, что ему нравятся или ему интересны конкретные люди? *После того, как родитель ответит на ваши вопросы, спросите:* Как ребенок относится к посторонним? Как он дает знать, что он знает, что это чужие люди?

**Вопрос 6. Игра.** «Как ребенок играет со взрослыми людьми, детьми, а также с предметами и игрушками?». *После того, как выслушаете ответ родителя, можете задать следующие вопросы:* Какие игрушки и предметы есть у ребенка? Как он с ними играет?

---

<sup>17</sup> Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? Clin Pediatr 2003; 42:133-8.

**Вопрос 7. Самостоятельные действия.** Что ребенок может выполнять сейчас самостоятельно, например, кушать, одеваться, ходить в туалет?

**Вопрос 8. Домашняя среда.** "Вы мне так много всего рассказали о развитии \_\_\_\_\_, вы действительно очень внимательный родитель. Расскажите, что вы делаете дома, чтобы поддержать обучение, развитие и общение ребенка?"

Приведите пожалуйста примеры о том, что делаете в повседневной жизни для того что бы помочь вашему ребенку учиться, развиваться, разговаривать?

*Внимательно слушайте родителя. Также спросите: «Что еще?», «Как отец проводит время с ребенком?», «Как насчет других?», «Расскажите на примерах». Похвалите усилия родителя и окружающих людей.*

*Дайте рекомендации по карте Поддержки при необходимости.*

**Вопрос 9. Психосоциальные факторы риска.** «Иногда многое может происходить дома. Например, матери могут чувствовать себя разбитым, подавленным, переживать стресс, депрессию, могут возникнуть финансовые проблемы или болезни в семье, родителям может быть трудно поддержать развитие ребенка. Спросите есть ли эти или другие проблемы в их семейной ситуации?». *Внимательно выслушайте и определите риски.*

**Вопрос 10. Решения.** «Какие решения вы придумали, чтобы справиться с этими трудностями? Так, как это очень важный период в жизни вашего ребенка, что ваша семья может еще сделать для поддержки развития ребенка невзирая на существующие трудности».

*Поддержите родителя за стремление найти решения. Если у родителей не существует решений, скажите, что хотели бы поговорить с ним на эту тему поподробнее. Обеспечьте обратную связь по РМРР и выработайте дальнейший план действий и наблюдения совместно с родителем.*

**Необходимо помнить о факторах риска отставания развития в раннем возрасте:**

- недостаточный уход, стимуляция и нестабильность в отношениях со стороны ухаживающего лица (депрессия, различные семейные стрессовые состояния);
- недостаточность питания (недоедание, отставание в физическом развитии, связанное с частыми болезнями, дефицит железа, дефицит йода);
- перинатальные проблемы (низкая масса тела при рождении, недоношенность и др.);
- хронические болезни/состояния (аутизм, врожденный порок сердца);
- воздействие токсических веществ: во внутриутробном периоде (н-р, алкоголя), в постнатальном периоде (н-р, свинца).

### 3.6. ИММУНИЗАЦИЯ

**Иммунизация** – это мощный фактор защиты здоровья против отдельных инфекционных болезней с помощью вакцин.

В Кыргызстане при плановой иммунизации осуществляется защита против десяти инфекционных болезней, таких как: туберкулёз, полиомиелит, гепатит В, дифтерия, коклюш, столбняк, корь, краснуха, паротит, пневмококковая и гемофильная инфекции. Эти болезни протекают тяжело и могут привести к инвалидности или смерти. Но их можно предупредить с помощью профилактических прививок.

Плановая вакцинация детей, подростков и взрослых предусматривает соблюдение определенных сроков и схем, совокупность, которых составляет **календарь прививок, который принят приказом Минздрава № 143 от 26.02.16г.**

#### КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Сроки	Виды вакцин и против каких заболеваний
-------	--

<b>введения</b>	
В течение 24 часов после рождения В течение пребывания в роддоме	<u>ВГВ</u> - против вирусного гепатита  <u>БЦЖ</u> - против туберкулёза
2 месяца	<u>Пентавакцина (АКДС-ВГВ-ХИБ)</u> против коклюша, дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В, гемофильной инфекции ОПВ -против полиомиелита ПКВ- против пневмококковой инфекции
3,5 месяца	<u>АКДС-ВГВ-ХИБ, ОПВ и ИПВ</u> -инактивированная полиомиелитная вакцина
5 месяцев	<u>АКДС-ВГВ-ХИБ, ПКВ и ОПВ</u>
12 месяцев	ПКВ и <u>КПК</u> -против кори, паротита, краснухи
2 года	<u>АКДС</u> -против коклюша, дифтерии, столбняка
6 лет	<u>АДС</u> -против дифтерии, столбняка. <u>КК</u> -кори, краснухи
11 лет	<u>АДС-М</u> - против дифтерии, столбняка
16, 26, 36, 46, 56 лет	<u>АДС-М</u> -против дифтерии, столбняка

В случае даже **временного выезда** с ребёнком, не получившим полный курс прививок, необходимо у семейного врача или фельдшера ФАП взять карту профилактических прививок (форма 63 или её дубликат).

Все **дети мигрантов**, где бы они не находились, могут получить **бесплатно** прививки в прививочном пункте ближайшего Центра семейной медицины, Группы семейных врачей или на Фельдшерско-Акушерском пункте.

### **3.7. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ**

Положительное воспитание **стимулирует здоровое развитие** и адаптацию детей при помощи **активного общения, положительного внимания и решения проблем**, с целью создания здоровой атмосферы в семье.





**«Положительное воспитание»:** означает поведение родителей, которое строится **с учетом наилучших интересов ребенка**, является заботливым, предоставляющим права и возможности, ненасильственным, обеспечивающим признание и руководство, и которое подразумевает установку определенных границ, **призванных обеспечить полноценное развитие ребенка.**

- С целью **профилактики поведенческих и эмоциональных проблем**, а также **предотвращения жестокого обращения** с детьми, во время посещений семей вы можете вселить в отцов и матерей **уверенность, повысить их уровень знаний и развить навыки воспитания детей.**


- Основы социального и эмоционального развития детей, а также навыки межличностного общения, закладываются в семье **в первые годы жизни ребенка**. Поэтому, ваша способность помочь родителям **построить взаимоотношения с детьми** играет исключительно важную роль.
- Младенцы и дети раннего возраста требуют от родителей много заботы, времени и бесконечного терпения. Ваша задача, как специалиста по ДВ, состоит в том, чтобы **выслушать** мам и пап, **понаблюдать** за их взаимодействием с детьми и друг с другом, **помочь им «настроиться»** на детей и поддержать их в стремлении создать хорошую **«семейную команду»**.
- Вам, как специалисту по ДВ, **очень важно воспринимать родителей как компетентных людей, способных решать проблемы**. При этом каким-то родителям может понадобиться больше помощи, а каким-то - меньше. При любой возможности вы должны направлять родителей в поиске решений, которые будут подходить им и их детям.
- Специалисты по ДВ могут **помочь родителям понять, что младенцы и дети младшего возраста проходят разные этапы развития**, и что это нормально. Новорожденные часто плачут, младенцы испытывают страх разлуки с матерью, а дети дошкольного возраста начинают исследовать мир и попадать в неприятности. Даже если вы только расскажете родителям, чего им следует **ожидать в будущем**, вы можете помочь им стать **более спокойными и уверенными в себе**.

## ПЯТЬ СТОЛПОВ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ

Воспитание базируется на **взаимодействии между родителями и детьми** и предусматривает права и обязанности по развитию и самореализации ребенка

	<b>Безопасная, защищенная, полная любви обстановка</b>	Обеспечение <b>безопасной</b> , контролируемой и, следовательно, защищенной <b>домашней обстановки</b> , стимулирующей развитие и дающей возможности познавать мир, экспериментировать, играть и взаимодействовать с другими.
	<b>Благоприятные условия обучения</b>	Быть <b>отзывчивым и стимулировать</b> своих детей, чтобы помогать им в обучении и развитии, положительно и конструктивно реагируя на иницилируемые ребенком взаимодействия (например, просьбы о помощи, информации, советах, внимании), помогать детям учиться <b>самостоятельно решать свои проблемы</b> .
	<b>Положительная дисциплина</b>	Последовательное, предсказуемое, убедительное наставление и установка границ, которые <b>помогут детям научиться брать на себя ответственность</b> за свое поведение и с уважением относиться к потребностям других. Отказ от использования принуждения и неэффективных методов призыва к дисциплине (например, крик, угрозы или физическое наказание).
	<b>Разумные ожидания</b>	Наличие реалистичных ожиданий, предположений и убеждений по поводу причин детского поведения. Выбор целей, соответствующих уровню развития ребенка, и достижимых для родителей.



	<b>Навыки самопомощи</b>	Удовлетворение личных нужд родителей, оказание им помощи для того чтобы они стали более терпеливыми, последовательными и доступными для своих детей. Родителей побуждают воспринимать воспитание детей как часть <b>комплексной системы самопомощи, изобретательности и благополучия.</b>
---	--------------------------	---

Эти столпы закладывают **фундамент положительного воспитания** в любом возрасте. Когда существует безопасная, полная любви обстановка, когда родители работают как единая команда, помогая детям стать самостоятельными и обрести навыки саморегуляции, когда родители предъявляют разумные ожидания касательно того, что дети разных возрастов и способностей могут делать, когда используется «авторитетный», а не авторитарный, попустительствующий или равнодушный стиль воспитания (определения этих понятий будут приведены ниже) и положительная строгость, и когда они также заботятся о себе и своих отношениях, то дети, скорее всего, вырастут счастливыми и состоявшимися людьми.

Ваша задача в качестве специалиста ДВ заключается в том, чтобы помочь родителям или основным опекунам заложить этот фундамент для своих детей.

### **ПЛАЧ РЕБЕНКА**

Роль специалиста ДВ заключается в том, чтобы помочь маме и папе понять, что:

- **Плач – это средство общения новорожденного**, при помощи которого он сообщает о голоде, стрессе или потребности во внимании.
- Частота плача достигает пика в возрасте шести недель. После этого младенцы плачут реже.
- Обычно младенцы плачут и суетятся в среднем три часа в день. Чаще всего плач и суета отмечаются далеко за полдень и вечером, хотя, в зависимости от ребенка, день на день не приходится.
- Хотя плачут все младенцы, некоторые плачут больше других. **Центральная нервная система некоторых детей более восприимчива к раздражителям из внешнего мира.** Это может вызывать раздражительность, поскольку, скорее всего, такие дети **испытывают сенсорную перегрузку.** По мере взросления (через 3-4 месяца) они учатся лучше справляться с визуальными и звуковыми раздражителями, которые на них действуют («От нуля до трех»).

### **ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА РЕБЕНОК ПЛАЧЕТ:**

Как специалист ДВ, вы можете порекомендовать родителям, как **сохранять спокойствие, когда дети плачут.** Родители могут уставать, беспокоиться, раздражаться или злиться, поскольку чувствуют свое бессилие и не знают, что делать, чтобы остановить плач.

### **Как успокоить ребенка, когда он начинает плакать каждый раз, когда его укладывают спать?**

- Создайте ребенку более комфортные условия, и вы сможете быстро успокоить его. *Например,* держать ребенка разными способами, издавать успокаивающие звуки, сократить количество раздражителей (свет, звуки), проверить подгузник на сухость, измерить температуру.
- Проконсультироваться с врачом, чтобы исключить проблемы с пищеварением, аллергию и пр.



### Рекомендации

1. В первую очередь – сохранять спокойствие.
2. Если родитель чувствует себя расстроенным, можно положить ребенка в безопасное место и взять небольшой перерыв или попросить другого взрослого заменить его на несколько минут.
3. Не оставлять плачущего ребенка одного долгое время. Возвращаясь в детскую через короткие промежутки времени и с любовью утешая малыша, вы покажете ему, что вы рядом и любите его, просто настало время сна, и он должен заснуть.

### СОН

**Сон младенца** - один из главных показателей здоровья. Нормы сна: для новорожденного - 18 часов в сутки; в полгода 16 часов; в год 14 часов; в два года -13 часов, в 3 года -10-14 часов.

Если ребенок спит меньше, это плохо сказывается на его нервной системе. Ребенок спит до тех пор, пока не срабатывает чувство голода.

Если сыт, но не спит - значит, что-то не так. Не так либо со здоровьем, либо с тем местом, где ребенку приходится спать (жарко, холодно, мокро и т. п.).

По мере того, как ребенок растет, появляются и удлиняются эпизоды бодрствования, но они не должны (в норме, разумеется) проявляться криками и воплями, - если это так, причины те же - проблемы, либо со здоровьем, либо со средой обитания.

Ребенок не засыпает в положенное время, плачет перед укладыванием, боязнь ребенка темноты и спать отдельно; у детей дошкольного возраста отмечаются некоторые общие проблемы со сном, *например*, они встают с кровати ночью; иногда они не могут долго заснуть, если ночью возникают страхи, дети могут звать родителей, чтобы они поспали с ними и т.д. Некоторые из этих проблем могут вызвать **отрицательные эмоции** у родителей, в результате чего они могут кричать, прибегать к наказанию или унижению ребенка.

### Как правильно успокоить ребенка и уложить спать?

- купать ребенка в одно и то время желательно перед сном до последнего кормления;
- поносить его на руках или прилечь рядом с ребенком, пока он не заснет;
- сделать одну из мягких игрушек «защитником» ребенка;
- ближе к сну не играть в активные, возбуждающие ребенка игры;
- выявить, не стоят ли за происходящими иными причинами.



### Рекомендации

1. Родители должны быть спокойны и уверены в собственных силах. Уставшую маму должен сменять папа или другие родственники.
2. Применение способа *«последовательность действий»* - изо дня в день необходимо придерживаться одних и тех же действий, предшествующих сну. *Например*, купать, кормить, а затем и укладывать малыша необходимо строго в одно и то же время: детский сон, оказывается, тоже поддается расписанию. Только выполняя эти действия каждый день, без перерывов и выходных, можно добиться стойкого результата.
3. *Стимулировать бодрствование* детей в течение дня, т.е. какое-то время гулять с ребенком на свежем воздухе. При этом на ребенка будет действовать дневной свет, не давая ему уснуть.
4. *Концентрировать внимание на реакциях младенца* и реагировать на них соответствующим образом, потому что это оптимальный путь к созданию круга общения и выработки прочной и положительной привязанности.
5. Если ребенок боится ночью спать один, мучают страхи и ночные кошмары, то *нужно успокоить ребенка*, избегать чтение книг и просмотра фильмов со страшными сценами.

### ОТ ПОДГУЗНИКОВ К ГОРШКУ

**Новорожденные** крохи не способны удержать позывы к мочеиспусканию – после заполнения последнего более чем наполовину, рефлекторно происходит «мокрое дело».

**У малыша до года** за выделительную систему организма еще не отвечают ни мозг, ни нервная система.

**И только с 18-ти месяцев** появляется контроль над работой прямой кишки и мочевого пузыря. Именно с этого возраста и есть смысл начинать кропотливую работу по отказу от памперсов. Ранее полутора лет в этом нет смысла. Естественно, ребенок должен и сам «созреть», чтобы мама работала не в одиночку, а «сотрудничество» было эффективным.

Так или иначе, обучение пользоваться горшком входит в список основных приоритетов большинства родителей. Это нечто такое, к чему родители стремятся всей душой, и дети быстро это понимают. Приучение к горшку вызывает особое противостояние, поскольку оно напрямую связано с желанием детей дошкольного возраста управлять своим телом.

В случае с детьми с особыми потребностями или ограниченными возможностями, приучение к горшку может начинаться позже и происходить по-другому. В этом случае роль родителей еще более возрастает. Родители здесь должны проявлять терпение и упорство, хвалить ребенка и придерживаться его ритма.





## Рекомендации

### Помочь понять родителям:

- что ребенок достаточно зрелый и может пользоваться горшком;
- внимательно наблюдать за своим ребенком и предложить горшок, когда ребенок готов;
- что не катастрофа, если иногда ребенок не дотерпит до горшка;
- что неприятных ситуаций можно избежать.

### Призвать родителей:

- рискнуть и снять подгузник (*это неотъемлемая часть процесса обучения*);
- четко держаться намеченного плана. Если вы начали отказ от подгузников – не сворачивайте с пути.

### Чего делать категорически нельзя:

- **Сажать ребенка на горшок, если он сопротивляется, не в настроении и пр.** Диктат здесь не поможет, а только усугубит проблему и затянет избавление от подгузников.
- **Ругать кроху за мокрые штаны и постель.** Мамины истерики после таких мокрых «аварий» приведут к неврозу ребенка и энурезу, который придется лечить еще дольше. Не нужно кричать, стыдить ребенка, ставить в пример более «успешных» соседских детей, срывать на ребенке свою злость.
- **Укладывать малыша к себе в постель.** Приучайте дитя сразу спать в своей кроватке, чтобы ему было комфортно в ней засыпать – создайте благоприятные условия (дизайн, ночник, игрушки, колыбельная, семейный ритуал перед сном – купание-сказка-мамин поцелуй, и пр.).
- **Надевать подгузник посреди ночи, если вы устали менять штаны и пеленки.** Сдавать позиции - провальный путь. Самодисциплина ребенка появляется только при самодисциплине родителей.
- **Заводить будильник и каждые 2-3 часа выдергивать ребенка из постели на горшок.**

## УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ. ФИЗИЧЕСКОЕ НАКАЗАНИЕ

Родители сталкиваясь с тем, что ребенок иногда становится просто неуправляемым приходят в замешательство, утрачивают способность в своих родительских способностях и у них возникает вопрос: «Как управлять поведением ребенка?». Во многих семьях до сих пор придерживаются мнения, что физическое наказание является самым эффективным способом быстрого приведения ребенка в чувство. Отношение людей к физическим наказаниям основывается на их собственном опыте. Зачастую родители думают тем не менее, у физического наказания есть множество отрицательных последствий, и патронажный работник должен помочь семьям найти другие подходы.

## Рекомендации:

- физическое наказание неэффективно и вредно для маленьких детей. Конвенция прав ребенка «Дети имеют право на защиту от любых форм насилия» (статья 19: КПР ООН);
- рассмотреть с семьями другие варианты и помочь им понять, что дети могут научиться управлять своим поведением без физического наказания, но с наставлениями заботливых, любящих родителей, устанавливающих четкие и разумные границы.
- объяснить, что любые формы наказания (от не суровых-до суровых, телесных) оказывают на ребенка отрицательное влияние.
- если же один из родителей готов «взорваться», то лучше всего оставить ребенка в безопасном месте и взять тайм-аут на несколько минут и успокоиться.

## **ПЕРЕВОЗБУЖДЕНИЕ. КАК СПРАВИТЬСЯ С СИЛЬНЫМИ ЭМОЦИЯМИ**

Перевозбуждение возникает тогда, когда на детей сваливается **больше впечатлений, шумов или знаний, чем они способны воспринять**. При этом дети могут капризничать, плохо спать, раздражаться. Дети могут потерять интерес к тому, что им обычно нравится.

**У каждого ребенка свой уровень переносимости возбуждения и новизны.** Папы и мамы зачастую хорошо знают темп жизни своего ребенка и должны его придерживаться, удерживая количество раздражителей на умеренном и переносимом уровне. Если они еще этому не научились, вы можете помочь им научиться следить за знаками и сигналами ребенка, чтобы понять, когда снижать количество раздражителей.

Маленькие дети осознают себя личностями, отдельными от родителей и опекунов. Это означает, что они будут показывать, что им нравится или не нравится, и пытаться действовать самостоятельно (насколько это возможно!).

Дети младшего возраста также овладевают языковыми навыками и умениями, которые помогают им выражать свои мысли, желания и потребности. В то же время, им все еще не хватает навыков логического мышления, им трудно ждать и контролировать себя.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

Помочь родителям понять, что плохое поведение ребенка может означать всего лишь неспособность выразить свои чувства приемлемым образом или незнание того, как добиться удовлетворения своей потребности.

- Уменьшите шум и активные действия вокруг ребенка. *Например*, выключите телевизор или радио и проводите ребенка в его комнату, или дайте ему провести время рядом с родителем, если ребенку это нужно, чтобы успокоиться.
- Посидите спокойно с ребенком и займитесь чем-нибудь успокаивающим. *Например*, почитайте ему, полежите с ним, напевая что-нибудь негромко или просто поглаживая его по спине. Когда ребенок успокоится, дайте ему немного поиграть самостоятельно.

## **КАК СТИМУЛИРОВАТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Существует множество способов стимулировать положительное поведение. Ниже будут приведены несколько способов. Которыми патронажный работник может поделиться с родителями.

- Заинтересованность - показать ребенку, **что он услышан**.
- **Похвала и поощрение** - отметить момент, когда ребенок хорошо ведет себя. **Похвала** - это когда нужно сказать ребенку что нравится родителю в поведении ребенка. **Поощрение** - это похвала за действия, а не похвала самого человека. *Например*, «Ты молодец, что убрал за собой тарелку после еды!».
- Важность заведенных порядков, т.е. соблюдение простых правил. Это дает детям чувство организованности, стабильности и комфорта.

Но, помимо всего этого, иногда у детей могут случаться эмоциональные вспышки (чаще у детей дошкольного возраста). Так дети справляются со сложными чувствами. Здесь родители могут чувствовать себя беспомощными, не зная, как справиться с детской истерикой.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ**

- Уменьшить стресс.
- Определите основные причины истерик.
- Если истерика случилась, сохраняйте спокойствие (или хотя бы сделайте вид что спокойны!). Если вы разозлитесь, вы только ухудшите ситуацию и сделаете ее невыносимой для обоих. Если вам нужно что-либо сказать, сохраняйте спокойствие в голосе, не кричите, действуйте обдуманно и не спеша.
- Переждите истерику. Игнорируйте такое поведение, пока оно не прекратится. Когда истерика достигла своего пика, уже поздно вразумлять или отвлекать ребенка. Ребенок не будет вас слушать. Вы также рискуете приучить ребенка к тому, что истерики полностью захватывают ваше внимание.
- Не пытайтесь подкупить устроившего истерику ребенка. Если истерика возникает, потому что ребенок не хочет что-то делать (например, выходить из ванной), мягко проявите настойчивость и заставьте его это сделать (вытащите ребенка из ванной).
- Будьте последовательны и спокойны. Если иногда вы будете при истерике давать ребенку то, что он хочет, а иногда нет, проблема только усугубится.

### **ХОРОШАЯ ДИСЦИПЛИНА. СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ**

Истинная цель дисциплины заключается в том, чтобы научить детей правилам поведения. Они должны уяснить, какого поведения от них ожидает общество и другие люди. Это поможет им вырасти социально продуктивными и состоявшимися личностями.

Существуют различные стили воспитания (Baumrind, 1991), которые отличаются друг от друга тем, как в них используется дисциплина.

**Авторитарный.** При таком стиле дети должны выполнять строгие правила, установленные родителями. Невыполнение этих правил приводит к наказанию. Авторитарные родители не объясняют логику, на которой строятся эти правила.

**Авторитетный.** Здесь тоже устанавливаются правила и основные принципы, которые их дети должны соблюдать. Однако этот стиль воспитания является гораздо более демократичным. Авторитетные родители прислушиваются к своим детям, обосновывают выдвигаемые требования, прислушиваются к вопросам или аргументам ребенка.

**Попустительствующий.** Снисходительные родители предъявляют очень мало требований своим детям. Эти родители редко дисциплинируют своих детей, поскольку у них относительно низкие ожидания от зрелости и самоконтроля. Как правило, снисходительные родители являются заботливыми и коммуникабельными со своими детьми, часто выступая в роли друга, а не родителя.

**Безучастный** стиль воспитания, где свойственно мало требований, недостаток чуткости и общения. Родители могут пренебречь потребностями своих детей или отказать в удовлетворении этих потребностей.

**Излишне опекающие родители** - противоположно к безучастному стилю. Родители участвуют в жизни ребенка больше, чем это нужно.

Вы можете рекомендовать родителям **авторитетный стиль воспитания**, который поможет им направлять поведение детей, создавать у них ощущение безопасности, поощрять саморегуляцию и стимулировать социально-эмоциональное развитие.

Вы можете помочь родителям в поиске **лучшего решения из всех возможных**. Ваши отношения должны быть доверительными. Слушайте внимательно, проявляйте сопереживание и помогайте им понять ребенка и найти положительное решение.

Внимательно слушайте родителей и обсуждайте с ними их проблемы и стратегии, которые можно использовать для решения проблем. Эффективным подходом является выработка у родителей способности **вместе с вами находить решение проблем**, что позволит расширить диапазон их ресурсов и сделает их независимыми от вас.

### **3.7. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**

Большинство травм (а в некоторых случаях и детских смертей) являются **непреднамеренными и предотвратимыми**.

***Роль МР в профилактике травматизма у детей при домашнем вицтитировании:***

- **расширять знания и возможности родителей** по предупреждению травматизма и поддерживать их в принятии мер по созданию безопасной среды для своих детей;
- помочь родителям **понять**, что предотвращение **травм среди детей младшего возраста означает, в первую очередь, контроль за средой, окружающей ребенка**, а не за ребенком. Детей следует обучать правилам предотвращения травматизма в соответствии с их уровнем развития;
- помочь родителям понять, **что дети - не маленькие взрослые**, и что многие факторы, такие как возраст, этап развития и степень зависимости, делают их **особенно уязвимыми для травм в мире, который, построен, прежде всего, для взрослых**, и
- дать родителям **практические знания и навыки** которые помогут им адекватно реагировать в чрезвычайных ситуациях.

### **ТРАВМАТИЗМ У ДЕТЕЙ**

**Травмы** - это воздействие таких факторов, как механическая энергия, тепло, электричество, химикаты и ионизирующее излучение, оказывающих влияние на организм ребенка в объемах или с силой, которые превышают порог переносимости.

Травмы могут быть связаны также с возникшей недостаточностью необходимых условий для организма ребенка, таких как, кислород или тепло.

**Непреднамеренные травмы** - травмы, которые произошли «случайно», без намерения нанесения вреда с чьей-либо стороны.

**Умышленные травмы**– физические или психологические травмы, которые нанесены с намерением причинить вред (жестокое обращение, торговля детьми, использование детей в военных ситуациях.)

**Помните**, что **большинство травм, а в некоторых случаях и детских смертей, являются непреднамеренными и предотвратимыми**.

**Для предотвращения травм взрослые должны контролировать среду и создавать безопасные условия жизни для детей в доме и вне его.**

**Непреднамеренные травмы** у детей являются одной из основных проблем здравоохранения во всем мире, и одной из основных причин смертности и инвалидности детей в раннем возрасте, что создает огромную нагрузку на семьи и общество с социальной и экономической точек зрения.

Падения, утопления, ожоги, обваривания, отравления, удушье, strangуляция и асфиксия являются наиболее распространенными травмами, которые дети получают, находясь в доме и вне его.

### **ПАДЕНИЯ**

- Падения являются основной причиной обращений за медицинской помощью и госпитализации детей, а также распространенной причиной смертельных и тяжелых травм у детей.
- Хотя определенное количество падений ожидаемо по мере того, как дети учатся ходить, сохранять равновесие и взбираться на высокие предметы, некоторые падения могут быть опасными для детей.
- Среди младенцев наиболее распространены падения с мебели (столики для смены подгузников, стулья и кровати), в то время, как умеющие ходить дети, чаще падают с лестниц, мебели и игрового оборудования, из окон, с балконов и др.

### **Оценка домашних условий и рекомендации**

- **Лестницы, окна в доме и во дворе.** При необходимости установить перила или перегородки в верхней и нижней части лестниц с вертикальными стержнями с интервалом 10 см. Не устанавливать перегородки с горизонтальными стержнями для предотвращения карабканья. При необходимости установить решетки на окна.
- **Мебель.** Расставить мебель подальше от окон, балконов и друг от друга. При наличии стеклянных поверхностей наклеить противоосколочную пленку или вовсе убрать, пока дети не станут старше. Использовать угловые крышки для мебели с острыми углами.
- **Использование детских ходунков.** Не оставлять ребенка одного в ходунках. Большая мобильность и высота ходунков создают опасность падения для ребенка.
- **Препятствия для передвижения ребенка по дому.** Устранить препятствия, опасные для передвижения по дому, такие как, сложенные ковры и электрические кабели и провода на полу. Следить, чтобы дети не ходили на мокром полу, чтобы предотвратить скольжение.
- **Условия для пеленания и нахождения ребенка.** Не оставлять ребенка одного на кровати, диване, или пеленальном столике. Придерживать ребенка одной рукой при смене подгузников. Менять ребенку белье на полу, на коврике или на пеленальном мате или полотенце.

Поместить мягкий ковер рядом с кроватью ребенка на случай падения ребенка.

- **Использовать ремни безопасности,** когда сажаете ребенка на высокий стул, качели, кладете на стол для пеленания, в коляску, в машину и др.
- **Состояние двора дома, оборудование детской площадки в саду, в парке.** Использовать резину, дерево, кору или песок для покрытия грунта во дворе и на детской площадке. Убрать все препятствия опасные для игры детей во дворе и др.

### **Рекомендации по оказанию помощи**

- **Немедленно вызвать скорую помощь,** если ребенок получил черепно-мозговую травму и находится в бессознательном состоянии.
- **Не двигать пострадавшего ребенка** после падения, если вы думаете, что имеются повреждения позвоночника.
- В ожидании скорой помощи, **положите ребенка, находящегося без сознания, на бок, подложив руку под голову.** Эта поможет сократить риск западания языка в горло и подавления дыхания.
- Внимательно наблюдайте за ребенком после получения травмы. Если у ребенка возникают головные или другие боли, головокружение, тошнота, рвота, резкая слабость, **срочно обратитесь за медицинской помощью.**
- При **возникновении кровотечений** необходимо **твердо прижать и оказывать давление на рану чистой тканью в течение 3-15 минут, пока кровотечение не остановится.** После остановки кровотечения можно промыть рану теплой проточной водой и аккуратно промокнуть насухо. Если рана загрязнена, можно использовать мягкое мыло для очистки поврежденного участка.



- Если кровотечение, после нескольких попыток с прямым надавливанием не останавливается, **необходимо вызвать скорую помощь** или доставить ребенка в больницу.

## **УТОПЛЕНИЯ**

- Утопление ребенка в доме может происходить очень быстро и застает всех врасплох. **Ребенок может утонуть лишь в 5 см воды и за меньшее время**, чем ответ на телефонный звонок. Это может произойти тихо, в считанные секунды.
- Утопление со смертельным исходом и без него часто происходит в привычной обстановке, например, в ванне, садовых прудах и бассейнах.
- Более 70% детей, которые тонут - **мальчики, а дети в возрасте от одного года до четырех лет** находятся в группе повышенного риска.

## **Оценка домашних условий и рекомендации**

1. **Использование сиденья для ванн.** Не использовать сиденья для ванн. Дети могут легко соскользнуть с сиденья, погрузиться под воду и утонуть.
2. **Безопасность мест с водой в доме и вне его.** Сливать воду из ванны сразу же после окончания купания. Слить воду и перевернуть все емкости для воды (например, ведра, бочки) после их использования. При наличии мест с водой во дворе (скважины, баки с водой, бассейн, пруд и др.) сделать покрытие металлической решеткой или др. безопасными способами.
3. **Практика в семье присмотра за ребенком старшими братьями и сестрами.** Не просите старших братьев и сестер присматривать за младшими детьми в воде или в ванне.
4. **Безопасность ребенка на открытых водоемах.**
  - Для обеспечения безопасности ребенка в воде всегда используйте **спасательные жилеты**. Выберите жилет, подходящий ребенку. Не полагайтесь на плавательные матрасы, баллоны и повязки/поплавки для плавания ребенка.
  - Дети, которые не умеют плавать, должны быть приучены оставаться на мелководье.
  - Детей следует учить не бегать, толкаться или прыгать вблизи воды.
  - Детей следует учить проверять глубину воды в бассейнах или незнакомых близлежащих открытых водоемах, прежде чем нырять. При первом погружении в воду они должны нырять ногами вперед.
  - Детей нужно учить **не плавать без присутствия взрослого**.

## **Рекомендации по оказанию помощи**

- В случае утопления ребенка в водоемах, озерах и др. следует сначала **извлечь ребенка из воды**. При извлечении ребенка из воды необходимо использовать какой-нибудь плавучий предмет и держать его между собой и ребенком. Многие спасители утонули из-за спасаемых жертв.
- Если ребенок без сознания, не дышит и без пульса, следует начать **сердечно-легочную реанимацию**.
- Попросите кого-нибудь **позвонить в местные аварийно-спасательные службы**.

## **ОЖОГИ**

- Дети в большей степени подвержены риску от ожогов, потому что **кожа ребенка тоньше, чем кожа взрослого**. Тяжелые травмы от ожогов являются чрезвычайно болезненными и требуют длительного лечения. Они часто приводят к инвалидности и увечьям.
- Дети часто страдают от ожогов в своих домах. Кухня **является одним из самых опасных мест в доме по количеству** ожогов детей до 5 лет.

- **Обваривание** возникает, когда дети помещаются в ванны со слишком горячей водой или, когда на них капает горячая вода из крана, или на них опрокидываются емкости с кипятком. Обваривание также может быть вызвано влажным жаром и горячим паром.

### Оценка домашних условий и рекомендации

- **Наличие печей, газовых и электрических плит и плиток др.** Не допускать детей к открытым печам, плитам, плиткам, барбекю и каминам в доме и во дворе. Использовать защитный экран для открытого камина, обеспечить вокруг дровяной печи зону, защищенную от горячих углей. Убрать элементы, которые могут загореться от случайной искры или уголька.

Хранить зажигалки и спички вне досягаемости для детей и обязательно убирайте их после использования.

- **Использование электрических приборов в доме.**
  - ✓ Выключайте сильно нагруженные или многосторонние электронные адаптеры или вынимайте их из розетки, когда они не используются.
  - ✓ Не перегружайте электрические розетки. Держите электрические
  - ✓ переносные обогреватели вдали от мебели и занавесок. Располагайте их там, где они не могут быть опрокинуты.
  - ✓ Не оставляйте портативные галогенные лампы в детских спальнях или вблизи легковоспламеняющихся материалов, таких как занавески. Не накрывайте их материалом.
  - ✓ Не используйте электронные изделия, такие как лампы или ночники, которые не отвечают стандартам безопасности.

- **Мебель.** При покупке мебели, телевизоров, ковров, матрасов и диванов, спрашивайте у продавцов, какие антипирены в них используются.

- **Использование электронных предметов.** Не позволяйте детям брать в рот такие предметы, как мобильные телефоны или пульты дистанционного управления. Батареи и / или электронные устройства могут вызвать ожоги.

- **Использование химических огнезащитных веществ.** Чтобы снизить возможность возгорания, не держите в комнате химические вещества, которые могут вызвать ожоги.

- **Использование фейерверков.** Никогда не позволяйте детям играть с фейерверком. Только взрослые должны иметь дело с фейерверками и зажиганием фейерверков.

- **Использование огнестойких веществ.** В настоящее время существует большая озабоченность относительно риска для здоровья детей, который могут представлять некоторые огнестойкие химические вещества.

Огнезащитные вещества используются не только в одежде и мебели, они также присутствуют в больших и маленьких электронных устройствах, строительных материалах, текстиле, пластмассах и автокреслах. Без их использования, огонь распространяется быстрее.

Во избежание ожогов, избегайте чрезмерного использования ковровых покрытий в доме, и не позволяйте ребенку регулярно играть на ковре или ковровом покрытии, которое может содержать запрещенное огнезащитное химическое вещество.

### Советы родителям на кухне

- Использовать задние горелки печи/плиты для приготовления пищи.
- Следить, чтобы провода электрических чайников не свисали с края стола.
- Не использовать скатерти, которые можно стянуть с кухонного стола.
- Держать горячие предметы, продукты питания и жидкости вдали от края стола.

- Не носить детей и горячие продукты или жидкости одновременно.
- Убедитесь, что при переносе емкостей с горячей пищей или жидкостями на пути нет препятствий и маленьких детей.

### **Предотвращение обваров**

- Установить водонагреватель на температуру не выше 50 ° С. Если это невозможно, изменить температуру воды установкой термостатического смесительного клапана, который снижает температуру воды на выходе из крана.
- Всегда использовать термометр для измерения температуры воды перед купанием ребенка. Температура воды в 36-37 градусов, близкая к температуре тела, является идеальной.
- Научить детей сначала включать холодную воду, затем медленно добавлять горячую воду и отключать горячую воду в первую очередь.
- Никогда не оставлять одного ребенка или нескольких детей без присмотра в ванне, особенно, когда водопроводный кран открыт.

### **Рекомендации по оказанию помощи**

- Охладите обожжённое место, погрузив место ожога в холодную воду, или держа ее под несильной струей холодной воды в течение не менее 10 минут. Не применять лосьоны или кремы. Наложите нетугую повязку на любые маленькие волдыри.
- Если ожоги находятся на лице, руках, или половых органах, или, если они несколько больше, чем небольшой ожог или обвар (если ожог выглядит глубоко - кожа может быть белой или коричневой и сухой), следует обратиться к врачу.
- Если ожоги покрывают одну десятую часть тела или более, не используйте холодные компрессы; ожидая скорую помощь, накройте ребенка чистой простыней или одеялом, чтобы предотвратить переохлаждение, пока не прибудет скорая помощь.

### **ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ПОЖАРАХ?**

- Вызвать пожарную помощь.
- При возникновении пожара в доме, как можно скорее вывести всех из него. Никогда не оставаться внутри горящего здания.
- При пожаре никогда не вставать в полный рост, всегда передвигаться ползком, под дымом и стараться прикрывать рот.
- Не возвращаться в горящее здание по любой причине после того, как вы вышли.

### **Обучение детей и поведение при пожаре.**

- Вместе с детьми обсудите план эвакуации из дома в случае пожара.
- Научите детей, приему "упасть-и-кататься", чтобы потушить огонь на одежде.
- Научите детей тому, что наиболее безопасно ползти или бежать ниже уровня дыма, чтобы иметь возможность легче дышать и видеть.
- Научите детей тому, что в случае пожара, они должны проверить, теплая ли дверь перед тем, как ее открыть, и если дверь уже горячая, то ее открывать нельзя.
- Помогите детям запомнить телефонный номер местных аварийно-спасательных служб.

### **ОТРАВЛЕНИЯ**

- Более 90% всех детских отравлений происходит в домашних условиях.
- Дети более подвержены серьезным отравлениям, чем взрослые, потому что они меньше весят, имеют более быстрый метаболизм, и их организм в меньшей степени способен справиться с токсичными химическими веществами.

- Дети младшего возраста любопытны и любят все тянуть в рот. Они могут пытаться съесть или выпить почти все, с чем они сталкиваются.
- Детям также нравится привлекательная упаковка, яркие цвета и хорошие запахи, и их тянет ко многим потенциальным ядам, обнаруживаемым в доме.
- Дети часто путают лекарства с конфетами, когда исследуют содержимое открытой сумочки или шкафчика в ванной комнате.
- Отравления также происходят, когда дети пьют жидкости из контейнеров, содержащих химические вещества или бытовые чистящие средства. Особенный риск существует, когда какой-либо химикат или чистящее средство временно хранится в пластиковой бутылке из под лимонада или в другом пищевом контейнере.

### **Оценка домашних условий и рекомендации**

- **Хранение бытовых веществ и лекарств.**
1. Храните бытовые, чистящие средства, химикаты, лекарства и др. в закрытых емкостях в запертом шкафу или используйте механизмы защиты от детей, которые блокируют стенные шкафы и выдвижные ящики.
  2. Всегда храните химические вещества в фабричной упаковке. Никогда не следует хранить или переливать химическое вещество в контейнеры от жидких продуктов питания или немаркированную тару.
  3. Убедитесь, что все медикаменты хранятся вне досягаемости и вне поля зрения детей. Храните лекарства и продукты в их оригинальной упаковке. Убирайте лекарства после каждого использования.

### **Список ядов в домашнем обиходе**

*Вот некоторые обычные бытовые яды, за которыми родители должны следить:*

- Лекарства.
- Ванная комната: очистители, спреи, духи, одеколоны, лаки для волос, жидкость для полоскания рта и др.
- Бытовые изделия: очистители, полироли, растворители и продукты, содержащие щелочи и кислоты или ламповое масло.
- Гараж, рабочая комната: спреи от насекомых, керосин, жидкость для зажигалок, скипидар, краски, клей, аккумуляторы, жидкости для шин и антифриз.
- Комната для стирки: моющие средства, отбеливатель, смягчители ткани, жидкие вкладыши и товары для животных.
- Во дворе: удобрения, пестициды, некоторые растения, грибы и ягоды.

### **Рекомендации по оказанию помощи**

- В случае отравления следует немедленно обратиться в медицинское учреждение (даже если состояние ребенка хорошее, так как оно может ухудшиться со временем), дать им информацию о проглоченном ядовитом веществе, количестве яда и возрасте ребенка.
- Не вызывайте у ребенка рвоту и не давайте ему ничего, если это не было указано медицинским работником.

### **УДУШЬЕ, СТРАНГУЛЯЦИЯ И АСФИКСИЯ**

- Несмотря на то, что удушье, странгуляция и асфиксия возникают реже, чем другие виды непреднамеренных травм в домашних условиях, они являются очень серьезными и часто приводят к смерти.
- Может возникнуть пожизненная инвалидность, когда удушье, странгуляция или асфиксия вызывают нарушения со стороны головного мозга вследствие возникающего недостатка кислорода.

**Удушье** происходит при блокировке дыхательных путей ребенка различными предметами, как например, продукты питания, сладости, орехи, драже, маленькие игрушки.

**Асфиксия** происходит при прекращении поступления кислорода в организм ребенка, вызванными внешними причинами, например, при надевании на голову пластикового мешка или при попадании ребенка в герметичный контейнер (ящик для игрушек или старый холодильник), запутыванием ребенка в мягкой подушке или одеяле, когда ребенок спит в постели родителей.

**Странгуляция** происходит при прекращении поступления кислорода в организм ребенка, связанного со сдавлением шеи извне, например, одеждой, шнурами жалюзи и штор или застраивания головы между решетками кровати.

### **Оценка домашних условий и рекомендации**

**Игрушки для детей.** Не позволяйте детям младшего возраста держать в руках или играть с маленькими игрушками или мелкими деталями, поскольку они могут вызвать удушье. Следуйте возрастным рекомендациям на упаковке игрушки.

Следует научить детей старшего возраста хранить игрушки с мелкими частями вдали от своих младших братьев и сестер. Всегда следует контролировать детей, когда они играют.

**Питание детей.** Не давать детям в возрасте младше четырех лет пищу, которой они могли бы подавиться. Мелкие, твердые продукты, такие как орехи, попкорн и конфеты могут быть особенно опасны. Гладкие, круглые продукты, такие как виноград и колбасы должны быть разрезаны вдоль, прежде чем давать их детям.

Следует избегать давать детям еду, внутри которой имеются мелкие несъедобные части, такие как конфеты, выпускаемые с маленькими игрушками внутри.

Научить детей сидеть во время еды, не позволять детям бегать или играть во время еды.

**Осмотр пола.** Проверить полы и низкие места на предмет наличия мелких предметов, таких как кнопки, бусы, шарики, монеты, булавы и камни.

**Одежда детей.** Убрать шнуры и следить за мелкими деталями детской одежды.

**Безопасность спальной зоны ребенка.** Освободить детскую кроватку от мягких вещей и игрушек, особенно игрушек со шнурами или мелкими деталями, мягких игрушек и пушистых постельных принадлежностей.

### **Следует класть ребенка на спину для сна и на животик для игры.**

Большие зазоры между пазами кроватки должны быть заполнены твердым материалом, а не мягкой подушкой, чтобы ребенок не мог провалиться.

Дети младшего возраста не должны спать с родителями. Во многих культурах, дети спят с родителями в одной постели, но сегодня это очень спорный вопрос.

**Шторы и жалюзи.** Обрезать шнуры на шторах и жалюзи, и держать их вне досягаемости детей младшего возраста и расположить детскую кроватку вдали от оконных занавесей. Не использовать навесы, шторы или подвесные игрушки над постелью ребенка.

**Домашние животные и ребенок.** Держать животных, особенно кошек, вдали от спальни младенцев и детей младшего возраста, и использовать сетку на детской коляске.

### **Рекомендации по оказанию помощи**

- Если ребенок находится без сознания и не дышит вызвать скорую помощь немедленно.
- Не пытаться удалить предмет из горла ребенка, пытаясь добраться до предмета с помощью пальцев, так как это может протолкнуть предмет дальше в горло.

## **СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ**

- Одна из причин смерти детей младшего возраста известна как синдром внезапной смерти детей (СВС). Большинство смертей СВС связано со сном, поэтому это явление прозвали "смерть в кровати».
- СВДС - это внезапная и необъяснимая смерть младенца до 1 года, без каких – либо признаков болезни ребенка.
- Одним из факторов риска является сон на животе.

### **В каком положении должны спать младенцы?**

Всегда укладывайте спать ребенка на спину<sup>18</sup>. Чем же безопаснее сон на спине? Во-первых, сон на спине менее глубокий, чем на животе. А внезапная смерть ребенка происходит обычно вовремя глубокого сна. Во-вторых, при срыгивании во сне (рефлюкс) в положении ребенка на спине желудочное содержимое легче попадает обратно в желудок или эффективней выделяется изо рта, чем в положении на животе. Уменьшается вероятность поперхнуться (затекание желудочного содержимого через бронхи в легкие называется аспирацией).

Ребенок должен спать в детской кроватке с загородкой (ограждением) в виде планок. Располагать ребенка в кроватке надо так, чтобы его лицо не оказалось под одеялом. Для этого: 1) вытянутые ножки (подошвы стоп) должны упираться в спинку кроватки; тогда ребенок он не будет сползать вниз и его лицо не окажется под одеялом, которым он укрыт; 2) одеялом ребенка надо укрывать не выше уровня плеч, не пытаться закрывать им шею; 3) одеяло следует подоткнуть под матрац, чтобы оно не сползло и не накрыло голову ребенка.

Необходимо исключить и другие возможности перекрытия дыхательных путей. Матрац не должен быть мягкий и объемный, так как лицо и рот ребенка, случайно перевернувшегося на живот, может в нем «утонуть». По этой же причине в кроватке не должно быть лишних предметов, которые могут накрыть лицо и рот ребенка даже в положении на спине, не говоря уже о позе на животе, такие как подушки, валики, тяжелые одеяла. Лучше вообще обходиться без подушки. В этом случае головной край матраца можно сделать более возвышенным (а можно оставить и плоским). Для этого можно сделать уклон, подложив что-либо под него. Или же подушка должна быть небольшой, плотной, плоской, с ровной поверхностью. Матрац также должен быть плотным, с ровной поверхностью. Нельзя обкладывать кровать по краям постельными принадлежностями, создавая, так сказать, «гнездышко» для ребенка.

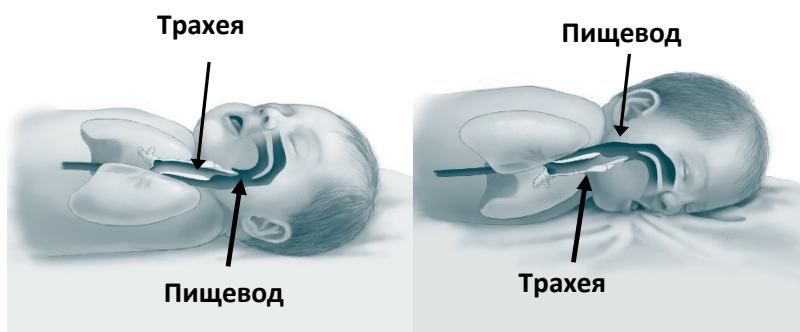
Укладывание ребенка на бок считается опасной, т.к. это положение неустойчивое и больше вероятность, того, что ребенок может перевернуться на живот, а это усиливает риск внезапной смерти младенца.

### **Будут ли дети задыхаться при возникновении срыгивания или рвоты во время сна на спине?**

Нет, дети автоматически глотают или покашливают, когда лежат на спине. На самом деле, дети лучше очищаются от секрета, когда они лежат на спине. Во время сна если дети находятся на спине то, трахея лежит поверх пищевода (см. Рис. 1).

---

<sup>18</sup> Infant Sleep Position and SIDS. U.S. Department of health and human services national institutes of health *Eunice Kennedy Shriver* National Institute of Child Health and Human Development



**Рис 1**

**Рис 2**

И наоборот, когда ребенок спит на животе, срыгивание и рефлюкс приводит не только к открытию пищевода, но и трахеи, что способствует аспирации младенцев (см. Рисунок 2).

С 4-5 месяцев жизни большинство (но не все) здоровые младенцы начинают во сне самостоятельно переворачиваться из положения на спине в положение на бок, а затем на живот. Невозможно дежурить над ребенком старше 4-5 месяцев и всю ночь переворачивать его на спину. Но до 10-12 месячного возраста, если Вы оказываетесь рядом с ребенком во время его сна и увидите, что он лежит на животе, то переверните его на спину. После года жизни нет необходимости контролировать позу ребенка. Пусть спит, как хочет.

### **СИНДРОМ ДЕТСКОГО СОТРЯСЕНИЯ (СДС)**

- *Что это такое?* – Это травма головы или шеи, которая может произойти, когда младенца или ребенка младшего возраста трясут.
- *Что происходит?* – Голова ребенка является большой и тяжелой для его слабой шеи. Мышечный тонус шеи, которая должна обеспечивать вертикальное положение головы, еще не развит в полной мере, и слабая шея может привести к внутричерепному кровотечению или кровоизлиянию. Это может вызвать разрыв.

Развивающийся мозг может также удариться о твердую оболочку черепа и привести к:

- повреждению мозга
- повреждению позвоночника
- параличу
- задержкам в развитии
- слепоте/повреждению глаз
- **СМЕРТИ**

### **3.8. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ**

Наиболее распространенными заболеваниями у детей раннего возраста являются:

- острые респираторные инфекции;
- острые кишечные инфекции;
- нарушения питания.

Раздел **«Распространенные болезни у детей и первая помощь»** содержится в следующих документах:

- ИКАТ программы ИВБДВ,
- блок-схеме программы ИВБДВ (утвержден приказом МЗ КР №1213 от 30.12.2017г.),
- Карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям»  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81170/9789244548370\\_rus.pdf?sequence=7](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81170/9789244548370_rus.pdf?sequence=7)

## Классификация и лечение тяжелых состояний у младенцев раннего возраста (до 2 месяцев) перед направлением в стационар

Признаки	Классификация	Лечение перед госпитализацией	Примечание
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохо сосет грудь <u>или</u></li> <li>• Судороги <u>или</u></li> <li>• Сонливость или отсутствие сознания <u>или</u></li> <li>• Стонущее дыхание <u>или</u></li> <li>• Учащенное дыхание (60 и более дыханий в мин) <u>или</u></li> <li>• Выраженное втяжение грудной клетки <u>или</u></li> <li>• Лихорадка (выше 38 °С*) <u>или</u></li> <li>• Низкая температура тела (меньше чем 35,5°С*) <u>или</u></li> <li>• Движения только при стимуляции или отсутствие движений</li> <li>• Центральный цианоз</li> </ul>	<b>Очень тяжелое заболевание</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте первую дозу, а/б: ампициллин 50 мг/кг в/м.</li> <li>• Профилактически лечите гипогликемию.</li> <li>• Согревайте ребенка по дороге в стационар.</li> </ul>	<p><b>Ампициллин</b> - флакон 500мг (0,5 гр.) смешать с 2,6 мл стерильной водой будет в 3,0 мл – 500мг. (см. блок-схемы)</p> <p><b>Профилактически лечите гипогликемию:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Частое кормление грудью</li> <li>• Если не берет грудь 20-50 мл (10мл/кг) сцеженное грудное молоко</li> <li>• Если нет возможности дайте сцеженное молоко сладкую воду: растворите 4 ч.л. сахара (20 гр.) в 200 мл чистой воды.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Любая желтуха у младенца в возрасте до 24 часов <u>или</u></li> <li>• Желтые ладони и ступни в любом возрасте</li> </ul>	<b>Тяжелая желтуха</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактически лечите гипогликемию</li> <li>• Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар</li> </ul>	
<p><b>Два из следующих признаков:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Движения только при стимуляции или нет движений даже при стимуляции</li> <li>• Запавшие глаза</li> <li>• Кожная складка расправляется очень медленно</li> </ul>	<b>Тяжелое обезвоживание</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частое кормление грудью.</li> <li>• Мать по дороге в стационар должна давать ОРС частыми глотками.</li> </ul>	

## Классификация и лечение тяжелых состояний у детей в возрасте от 2 мес. до 5 лет перед направлением в стационар

### Заболевания органов дыхания у детей

Признак	Классификация	Лечение	Примечание
---------	---------------	---------	------------



<ul style="list-style-type: none"> <li>Любой общий признак опасности или</li> <li>Центральный цианоз/уровень насыщения артериальной крови &lt;90% или</li> <li>Тяжелая дыхательная недостаточность (например, кивательные движения, учащенное дыхание, выраженное втяжение грудной клетки и др.)</li> </ul>	<b>Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание</b>	<p>Перед направлением в стационар дайте первую дозу антибактериального препарата</p> <p>Ампициллин 50 мг/кг или бензилпенициллин (50000 Ед/кг) (разовая доза) в/м  <b>И</b>  Гентамицин 7,5 мг/кг в/м</p>	<p><b>Ампициллин</b> - флакон 500мг (0,5 гр) смешать с 2,1 мл стерильной водой или водой для инъекций получаем 2,5 мл – 500мг. В/м, в/в 50 мг/кг - разовая доза (см. блок-схемы)</p> <p><b>Гентамицин</b> – ампулы 2 мл 80 мг.  Для младенцев разбавить гентамицин (2мл) с 6 мл стерильной воды получаем 8 мл гентамицина – 80 мг. в/м, в/в 7,5 мг/кг (см. блок-схемы).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Учащенное дыхание или/и</li> <li>Втяжение грудной клетки</li> </ul>	<b>Пневмония</b>	Амоксициллин 40 мг/кг 2 раза 5 дней	
<p><i>Если астмоидное дыхание сопровождается с учащением дыхания или втяжением грудной клетки. Дайте быстродействующий бронходилататор (сальбутамол) по 3 вдоха через каждые 20 минут трижды, затем посчитайте частоту дыхания, посмотрите втяжение грудной клетки, посчитайте ЧД, повторно оцените и классифицируйте.</i></p>			
<p><b>Ребенку с астмоидным дыханием:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Астмоидное дыхание</li> </ul>	Астмоидное дыхание	<b>Сальбутамол</b> через спейсер (объемом 750 мл) по 3 вдоха трижды через каждые 20 минут, при необходимости дайте кортикостероиды перорально 1мг/кг если ребенок может глотать, если не может глотать введите парентерально.	При неэффективности проведенных мероприятий сальбутамолом, дайте преднизолон 1мг/кг или дексаметазон 0,6мг/кг в/м и направьте в стационар. В случае невозможности госпитализации, продолжайте давать преднизолон перорально по 1мг/кг/с в течении 3-х дней.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Стридор в состоянии покоя</b></li> </ul>	<b>Тяжелый круп</b>	При стридоре в покое однократно кортикостероид –	Старайтесь не беспокоить ребенка, т.к. это

<ul style="list-style-type: none"> <li>Учащение дыхания и втяжение нижней части грудной клетки</li> <li>Цианоз или насыщение крови кислородом <math>\leq</math> 90%.</li> </ul>		<p>преднизолон 1 мг/кг/с перорально, если не может пить/глотать</p> <p>дексаметазон из расчета 0,6 мг/кг парентерально</p>	<p>может спровоцировать полную обструкцию дыхательных путей.</p> <p>Придайте ребенку комфортное положение.</p>
---	--	--	--

### Диарея у детей с тяжелым обезвоживанием

<p>У ребенка с диареей Два из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Летаргичен или без сознания</li> <li>Запавшие глаза</li> <li>Не может пить или пьет плохо</li> <li>Кожная складка расправляется очень медленно.</li> </ul>	<p><b>Тяжелое обезвоживание</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте жидкость при тяжелом обезвоживании (План В).</li> <li>По дороге мать должна давать ОРС (низкоосмолярный) частыми глотками.</li> <li>Посоветуйте матери продолжать кормление грудью.</li> </ul>
		<p><b>Если кровь в стуле плюс</b> Ципрофлоксацин 15 мг/кг (разовая доза) 2 раза 3 дня <b>ИЛИ</b> если ребенок не может пить или глотать Цефтриаксон 50-80 мг/кг/с в/м или в/в 1 раз в течение 3 дней</p>
<p>Если диарея продолжается 14 дней и более и имеется обезвоживание</p>	<p><b>Тяжелая затяжная диарея</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте жидкость при тяжелом обезвоживании (План В).</li> <li>По дороге мать должна давать ОРС частыми глотками.</li> <li>Посоветуйте матери продолжать кормление грудью.</li> </ul>
		<p><b>Если кровь в стуле плюс</b> Ципрофлоксацин 15 мг/кг (разовая доза) внутрь <b>ИЛИ</b> если ребенок не может пить или глотать Цефтриаксон 50-80 мг/кг/с в/м или в/в</p>

### Лихорадочные заболевания у детей

<p>У ребенка с лихорадкой:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Любой общий признак опасности или</li> <li>Ригидность затылочных</li> </ul>	<p><b>Очень тяжелое фебрильное заболевание</b></p>	<p>Перед госпитализаций при наличии ригидности затылочных мышц: Бензилпенициллин 100 000 ЕД/кг (разовая доза) в/м</p>	<p>Бензилпенициллин флакон</p> <p>Если <b>менингит</b> Цефтриаксон 50 мг/кг каждые 12 часов или 100</p>
---	--	---	---

мышц		При высокой лихорадке (38,5°C или выше) дайте парацетомол 15 мг/кг внутрь, свечи из расчета 20мг/кг	мг/кг однократно (стр. 199 КС) или Цефотаксим 50 мг/кг в/в или в/м каждые 6 часов в течение 10-14 дней  Парацетамол табл. 0,2; 0,5 и в сиропе 120 мг в 5 мл
У ребенка с болью в горле: • Не может пить	<b>Абсцесс глотки</b>	Клоксациллин 25-50 мг/кг (разовая доза) в/м  Бензилпенициллин 100 000 ЕД/кг (разовая доза)	Клоксациллин – флакон 250 мг смешивается со стерильной водой - 1,5 мл  Бензилпенициллин флакон
У ребенка с болью в ухе: • Болезненное припухание за ухом.	<b>Мастоидит</b>	Бензилпенициллин 100 000 ЕД/кг (разовая доза)	Бензилпенициллин флакон Клоксациллин 50 мг/кг или цефтриаксон 80 мг/кг

### Инфекции уха у детей

• Видны гнойные выделения из уха. Их длительность менее 14 дней или • Боль в ухе.	<b>Острая инфекция уха</b>	Амоксициллин 40 мг/кг 2 раза в сутки 7-10 дней	
• Видны гнойные выделения из уха. Их длительность 14 дней и более	<b>Хроническая инфекция уха</b>	Капли ципрофлоксацина или офлоксацина или норфлоксацина 3 раза в день в теч. 2 недель и направить на консультацию ЛОР врачу	

## IV. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

При нормальном течении послеродового периода мать с новорожденным может быть выписана из родильного дома на 3-и сутки под наблюдение медицинского работника ГСВ.

Следует четко давать свой адрес пребывания матери с ребенком после родов, т.к. после выписки из родильного дома ее посетит на дому медицинский работник ЦСМ (ФАП).

Послеродовой период длится до 6-8 недель после рождения ребенка – это период физической и эмоциональной перестройки организма. Организму женщины необходимо восстановиться после беременности и родов.

### Физиологические изменения после родов

- Матка возвращается к своим размерам до беременности (инволюция матки). В это период из матки вытекают лохии (послеродовые выделения). В течении первых дней после родов лохии значительные, могут чуть увеличатся, когда женщина кормит грудью. В течении 10 дней лохии уменьшаются и становятся бледно розовыми, в последующие дни приобретают беловатый или коричневый вид. Выделения могут продолжаться в течении 6-8 недель;
- Послеродовые схватки – происходят из-за сокращения матки, которая постоянно возвращается в первоначальное состояние.
- Гормональные изменения
- Изменения брюшной стенки и кожи – для восстановления тонуса, необходимо около 6-8 недель.

### Эмоциональные изменения

- *Перемены настроения.*  
Женщина может испытывать эмоциональный упадок – испытывать печаль, беспомощность и желание поплакать. Это все происходит из-за гормональных изменений в организме;
- *Послеродовая депрессия.*  
Появляется нервозность, страх, апатия, чувство постоянного беспокойства. Женщина начинает страдать бессонницей. Появляется чувство вины перед ребенком и чувство собственной полнотности. В голову приходят только плохие мысли. Основная причина развития и усиления депрессии, кроме гормональных изменений – отсутствие эмоциональной и психологической поддержки со стороны семьи и партнера. При возникновении послеродовой депрессии, необходимо обязательно обратиться к специалисту.

## **ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ**

**Подчеркните, что следует незамедлительно обратиться к медицинскому работнику, если:**

- появились обильные кровяные выделения из влагалища со сгустками, ярко-красного цвета, приходится менять **несколько (2-4) прокладок в течение часа** (симптомы маточного кровотечения);
- появилось **резко болезненные уплотнения в груди в сочетании с высокой температурой** (такие симптомы могут быть признаком мастита);
- **неприятный запах выделений из влагалища** в сочетании с повышением температуры, ознобом (такие признаки могут говорить о начавшемся воспалении в полости матки);
- **открытие шва после кесарева сечения** с неприятно пахнущими выделениями или кровью;
- увеличение **болезненности в области разреза промежности, появление выделений с неприятным запахом** (признаки инфицирования или расхождения шва);
- **покраснение, болезненные участки на ногах, припухшие, горячиена ощупь** (симптомы начала тромбоза).

## 4.2. ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Немаловажный фактор - отношение партнера к контрацепции и сложившиеся в паре практики. Об этом необходимо поговорить с женщиной и при необходимости проконсультировать и партнера в особенности проинформировать об оптимальном периоде между родами и новой беременностью и последствиях его несоблюдения для здоровья и жизни женщины и ребенка. Важно, чтобы любая будущая беременность была запланированной.

Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка. Но медицинский работник должен предоставить полную информацию, которая должна включать в себя, как минимум:

1. объяснение относительной эффективности конкретного метода;
2. часто встречающиеся побочные эффекты;
3. потенциально положительные и отрицательные последствия применения методов для здоровья клиента;
4. признаки и симптомы, при появлении которых необходимо обратиться к специалисту;
5. период восстановления способности к зачатию после прекращения пользования данным методом;
6. способы профилактики ИППП/ВИЧ

### Применение методов контрацепции после родов, согласно медицинским критериям приемлемости (ВОЗ от 2015г.)

Метод контрацепции	Кормящая грудью женщина (исключительно грудное вскармливание)	Не кормящая грудью женщина (искусственное вскармливание)
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), контрацептивные пластыри, влагалищные кольца	До 6 недель после родов – IV С 6 недель до 6 месяцев – III С 6 месяцев – I	до 3-х недель* – III от 3-х до 6 недель – II**/ III*** от 6 недель – I
Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ПТПР), инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (ИКПР), импланты	ПТПР, имплантаты до 6 недель – II, с 6 недель – I ИКПР до 6 недель – III с 6 недель - I	Сразу
Медь содержащая внутриматочная спираль (Cu ВМС)	До 48 часов – I От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель - I	
Гормон содержащая внутриматочная спираль (ЛНГ ВМС)	До 48 часов – II От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель – I	До 48 часов – I От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель – I
Добровольная хирургическая стерилизация	Сразу же или в течение 7 дней после родов, а также спустя 6 и более недель.	

\* При отсутствии факторов риска на тромбозмобильческие осложнения (ТЭО)

\*\* При отсутствии факторов риска на ТЭО

\*\*\* При наличии факторов риска на ТЭО

- Информировать женщину о том, что медьсодержащие внутриматочные средства являются высокоэффективными контрацептивными средствами длительного применения (до 12 лет), которые, можно применить после родов в течение 10 минут (постплацентарно) и 48 часов после родов, во время кесарева сечения, а также интервально через месяц после родов.

В случае информированного выбора применения ВМС после родов **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ ЖЕНЩИНЫ!!!**

1. О возможности/необходимости приобретения ВМС по рецепту ОМС заблаговременно до родов (женщина должна взять спираль с собой на роды).
2. О необходимости заполнения (при посещении в 36 недель) информированного согласия на применение ВМС после родов и предоставления последнего в родильный стационар для получения услуги.
3. О возможности экспульсии ВМС.
4. О необходимости посетить врача через 2 недели после введения ВМС для контроля и укорочения нитей ВМС.

**ВАЖНО!!!:** Проинформируйте женщину о возможности возникновения противопоказаний для введения ВМС после родов в случае:

1. развития хориоамнионита;
2. длительного безводного промежутка (более 18 часов);
3. продолжающегося послеродового кровотечения;
4. обширных повреждений органов малого таза (разрыв матки или шейки матки);
5. выворота матки и состояния после выворота матки.

- В случае если женщина в будущем не желает иметь детей, необходимо информировать о методе добровольной хирургической стерилизации (ДХС), которая является **необратимым методом**, требует анестезии и хирургического вмешательства, проведение которых связано с определенными рисками, включая риск инфицирования и/или нагноения раны.

При этом важно обратить внимание на то, что операция ДХС до 42-х суток после родов осуществляется бесплатно, тогда, как интервальная ДХС, требует соответствующей подготовки и внесения оплаты для получения услуги.

### **4.3. ДЕПРЕССИЯ**

Хотя появления ребенка часто ждут с огромной радостью, для некоторых женщин, мужчин и семей беременность и время после рождения ребенка может стать **периодом стресса и трудностей**.

В странах с более высоким уровнем доходов от 10 до 20% женщин переживают расстройства психического здоровья во время беременности и послеродовой период и в среднем, около 10% отцов.

**Депрессия** – это психическое расстройство характеризующееся «депрессивной триадой» включающая в себя **снижение настроения** утратой способности переживать радость, **нарушениями мышления** (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее), **двигательной заторможенностью**. При депрессии **снижена самооценка**, наблюдается **потеря интереса к жизни** и привычной деятельности

#### **Причины депрессии**

Некоторые причины депрессии связаны с:

- **социальными детерминантами**, как низкий уровень образования и социальное неблагополучие (как у мужчин, так и у женщин);

- **возраст** (у более молодых матерей и отцов выше вероятность плохого психического здоровья);

- **неблагоприятные или стрессовые события в жизни**, такие как стресс, связанный с тем, что с человеком плохо обращались в детстве, что он живет в бедности, не имея финансовых средств, надежного жилья, что у него недавно кто-то умер или что ему пришлось мигрировать;

- **непрочные или лишенные взаимной поддержки взаимоотношения с половым партнером** (например, злоупотребление алкоголем или наркотиками, насилие, плохое психическое здоровье партнера, неприятие беременности, невовлеченность в уходе за ребенком или в ведении хозяйства, наступление беременности на раннем этапе взаимоотношений, раздельное проживание родителей);

- **недостаточно надежная система поддержки в семье и обществе или ее отсутствие; история продуктивного здоровья** женщины (социальная изоляция, отсутствие поддержки со стороны членов семьи и родственников, избыточная физическая нагрузка по ведению хозяйства, психологическое давление со стороны партнера и/или родственников, социальная стигматизация, нежелательная беременность, частая беременность через незначительный промежуток времени, фертильность с участием многих партнеров – т.е. дети от различных партнеров и/или живущие в других домохозяйствах);

- **травматический или очень трудный процесс родов, или серьезные проблемы у новорожденного ребенка;**

- **прошлая история проблем с психическим здоровьем**, включая прошлые перинатальные проблемы с психическим здоровьем (и у женщин, и у мужчин).

## **Психические расстройства**

- **Послеродовая “хандра”/“бейби блюз”** – обычно протекает в легкой форме и носит кратковременный характер. Поражает 50-80% всех женщин, чаще всего в первые две недели после родов и может длиться очень недолго (несколько дней). При ней женщины могут чувствовать неспособность контролировать свои эмоции, которые изменяются между плаксивостью, грустью, беспокойством, раздражительностью, чувством зависимости и подавленности.
- **Послеродовая депрессия** – устойчивое и плохое настроение различной тяжести и продолжительности. Поражает примерно каждую десятую женщину во время беременности, 10-15% женщин (и до 10% мужчин) в любой момент после рождения ребенка, или более 30% в течение года после родов. Депрессия может продолжаться во второй и третий год после рождения ребенка.
- **Тревожные расстройства** – включают в себя фобии, развитием навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразными патологическими страхами, посттравматический стрессовый синдром, острое стрессовое расстройство, а также панику, и могут встречаться у матерей и отцов.
- **Послеродовой психоз** – встречается только у женщин, поражает примерно 1-2 матери на 1000 родов; характеризуется быстрым возникновением (обычно всего несколько дней), но для его обнаружения может потребоваться время; рождение ребенка считается «мощным пусковым механизмом мании и психоза, и в это время эпизоды этого расстройства приводят к значительной заболеваемости и смертности, когда одной из главных причин материнской смертности является самоубийство».

### **4.3.1. КАК ВЛИЯЕТ ДЕПРЕССИЯ/СТРЕССЫ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА?**

Беспокойство, стресс и депрессия повышают уровень кортизола в крови матери, фильтрующая способность плаценты снижается, что позволяет более высоким уровням кортизола проникать к растущему мозгу и отрицательно влиять на быстро развивающуюся

архитектуру мозга плода в результате чего у ребенка может отмечаться нарушения когнитивного, социально- эмоционального развития, включая другие навыки.

### **Области функционирования, на которые влияют родительская депрессия и тревожные расстройства**

<b>Социально-эмоциональная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- четко выраженное негативное влияние</li> <li>- трудность контролирования своего гнева</li> <li>- непрочная или дезорганизованная привязанность</li> <li>- более слабые навыки межличностного общения</li> <li>- повышенный уровень стресса</li> </ul>
<b>Когнитивная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отставание развития речи</li> <li>- низкие навыки обучения</li> <li>- заниженное чувство собственного достоинства</li> <li>- уязвимость по отношению к депрессии или другим расстройствам</li> </ul>
<b>Поведенческая/исполнительная функция</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- более значительные проблемы со сном</li> <li>- меньше готовности к взаимодействию</li> <li>- синдром дефицита внимания и гиперреактивности</li> <li>- сложность контролировать агрессию</li> <li>- повышенный риск развития депрессии и проблемного поведения</li> </ul>

Некоторые признаки этого вы можете заметить, наблюдая за тем, как родитель обращается с младенцем, как он/она говорит о потребностях и развитии ребенка, и насколько гармоничными выглядят родитель и ребенок в своих взаимодействиях.

### **4.3.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У РОДИТЕЛЕЙ**

Ниже предложенная Эдинбургская шкала постнатальной депрессии (далее ЭШПД) является простым и достоверным скрининг-тестом для выявления депрессии у женщин в послеродовом периоде, а также для определения депрессии у отцов. ЭШПД состоит из 10 вопросов. Ответ на эти вопросы обычно занимает не менее 5 минут.

Отвечая на вопросы, порросите мать вспомнить, как она чувствовали себя в течении последней недели (7 дней), а не только сегодня. Чтобы получить достоверный результат, мать ребенка должна самостоятельно отвечать на все 10 вопросов, не обсуждая свои ответы с окружающими. На каждый вопрос необходимо дать только 1 ответ. Проводить тест можно в любом месте — дома, в ГСВ/ФАП и т. д.

Руководства NICE и SIGN<sup>19</sup> рекомендуют спрашивать женщин об их эмоциональном благополучии при каждом посещении или, по крайней мере, через четыре-шесть недель и через три-четыре месяца после родов, чаще у женщин с высоким риском.

#### **Эдинбургская шкала постнатальной депрессии**

*1. Я была в состоянии смеяться и видеть смешные стороны жизни*

0. Столь же часто, как и всегда

1. Сейчас не совсем столько, как всегда

<sup>19</sup> Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. Published online 2014 Jan 29. doi: [10.1186/1471-2393-14-51](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-51). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906750/>



2. Однозначно меньше, чем всегда
3. Совсем нет

2. *Я смотрела в будущее с удовольствием*

0. Так же, как и всегда
1. Меньше, чем раньше
2. Однозначно меньше, чем раньше
3. Совсем нет

3. *Я необоснованно винила себя, если что-то не получалось*

3. Да, в большинстве случаев
2. Да, иногда
1. Не очень часто
0. Нет, никогда

4. *Я была расстроена или взволнована без видимой причины*

0. Совсем нет
1. Очень редко
2. Да, иногда
3. Да, очень часто

5. *Я чувствовала страх и впадала в панику без видимой причины*

3. Да, довольно часто
2. Да, иногда
1. Нет, не часто
0. Совсем нет

6. *Обстоятельства были сильнее меня*

3. Да, в большинстве случаев я совсем не справлялась
2. Да, иногда я не справлялась так хорошо, как обычно
1. Нет, в большинстве случаев я справлялась достаточно хорошо
0. Нет, я справлялась так же хорошо, как и всегда

7. *Я была так несчастна, что даже плохо спала*

3. Да, в большинстве случаев
2. Да, иногда
1. Не очень часто
0. Совсем нет

8. *Я ощущаю тоску и печаль (несчастна)*

3. Да, большую часть времени
2. Да, довольно часто
1. Не очень часто
0. Совсем нет

9. *Я была так несчастна, что плакала*

3. Да, большую часть времени
2. Да, довольно часто
1. Только иногда
0. Нет, никогда

10. У меня появлялись мысли нанести себе вред

3. Да, довольно часто
2. Иногда
1. Почти никогда
0. Никогда

### Как подсчитать результаты ЭШПД

За каждый ответ присваивается 0, 1, 2 и 3 балла соответственно. Как вы видите 33 ответы на вопросы 1, 2, 4 ответ **а** — 0 баллов, **б** — 1 балл, **в** — 2 балла, **г** — 3 балла. За ответы на вопросы 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 баллы начисляются в обратном порядке, то есть ответ **а** дает 3 балла, ответ **б** — 2 балла, **в** — 1 балл и **г** — 0 баллов. Затем баллы, полученные за ответы на все 10 вопросов, необходимо суммировать и получить конечный результат.

### ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА ЭШПД

- Если полученная сумма баллов 12 или более — это значит, что велика вероятность того, что матери имеется послеродовая депрессия. В таком случае необходимо направить мать к врачу-психиатру для обследования и определения тяжести депрессии.
- При общем количестве баллов от 5 до 11 необходимо повторно провести тест спустя 2-4 недели, чтобы посмотреть, как изменится состояние матери за это время (улучшится или ухудшится).
- При количестве баллов менее 5 вероятность наличия послеродовой депрессии минимальна. Если сумма между 5 и 8, вероятнее, что у матери тревога, требующая дальнейшего наблюдения.
- Даже, если мать суммарно набрала менее 12 баллов, но в пункте 10 получила 2 или 3 балла, то необходимо направить мать к психиатру для полного обследования.

Если сумма баллов больше 8 — то послеродовая депрессия возможна на 86%, если более 13, то вероятность послеродовой депрессии 100%.

### 4.3.3. ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ С ДЕПРЕССИЕЙ

**Помните**, если в какой-то момент возникает впечатление, что мать после родов может представлять серьезный риск для себя, для растущего плода, своего младенца и/или своей семьи, вы должны немедленно действовать в соответствии с существующим положением, руководствам/протоколам, алгоритмам и др. Помните, в случае сомнений, вашей первой обязанностью является обеспечить здоровье и благополучие новорожденного.

**А) Психо-воспитательный подход** – в послеродовой период вы можете сфокусировать внимание на обучении матери и отца в вопросах развития ребенка, на том, как занимать и стимулировать младенца, реагировать на его сигналы и демонстрировать ему свою любовь.

**Б) Посещения с целью выслушать** для этого медсестра совершает 4-8 посещений продолжительностью примерно по 45 минут и помогает матери понять ее чувства.

Помогите родителю перечислить свои проблемы и **выберите из них одну для решения** во время этого посещения с целью выслушать. Помогите родителю составить **реалистичный план действий**.

**Специалисты могут предпринять следующие шаги с родителем, страдающим от психического расстройства в перинатальный период:**

- Определить проблему
- Методом мозгового штурма найти варианты решения
- Исследовать все за и против каждого варианта
- Дать родителю возможность выбрать желаемый вариант
- Вместе рассмотреть наихудший сценарий, который может возникнуть в результате использования этого варианта
- Сделать все шаги, необходимые для реализации этого варианта

В конце визита заверьте мать или отца, что во время следующего посещения вы обсудите, как у них все прошло, и что вы вместе рассмотрите еще одну проблему.

группы поддержки матерей/родителей и детей, постарайтесь убедить мать/отца общаться с такими группами. Иногда целью таких групп является возможность пообщаться, узнать о воспитании детей или специфическом навыке заботы о детях (например, массаже новорожденных, поддержке при грудном вскармливании), а иногда они предоставляют лечебную поддержку. Все эти подходы зарекомендовали себя полезными.

- **Участие в различных тематических мероприятиях, таких как акции, семинары и др. по развитию детей раннего возраста или работы с родителями.**
- **Физические упражнения**, бег трусцой или быстрая ходьба, или прогулка с ребенком в детской коляске, или выход на свежий воздух вместе с другими родителями могут помочь в противодействии заболеваниям, а также содействовать хорошему отдыху и надлежащему питанию.
- Может потребоваться **направление** к врачу, услугами которого пользуются родители, для медицинского заключения, мониторинга и лечения.

## **V. ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

### **5.1. ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ В РАМКАХ ТЕХНОЛОГИИ «КЕЙС МЕНЕДЖМЕНТА»**

Домашние визиты в рамках социальной работы – это форма работы с семьей и детьми, направленная на защиту ребенка в условиях трудной жизненной ситуации.

Домашние визиты в социальной работе опирается на **кризисно-интервентную модель социальной работы**, которая исследует источники, возможные проявления, стадии кризисных состояний и вероятные способы их разрешения.

Домашние визиты со стороны социальных работников осуществляются в рамках **кейс-менеджмента** - процесса ведения случая ребенка, семьи в трудной жизненной ситуации на основе Положения о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации<sup>20</sup>.

В соответствии с данным Положением домашние визиты осуществляются в процессе следующих этапов кейс-менеджмента:

<sup>20</sup> «Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации» № 391.

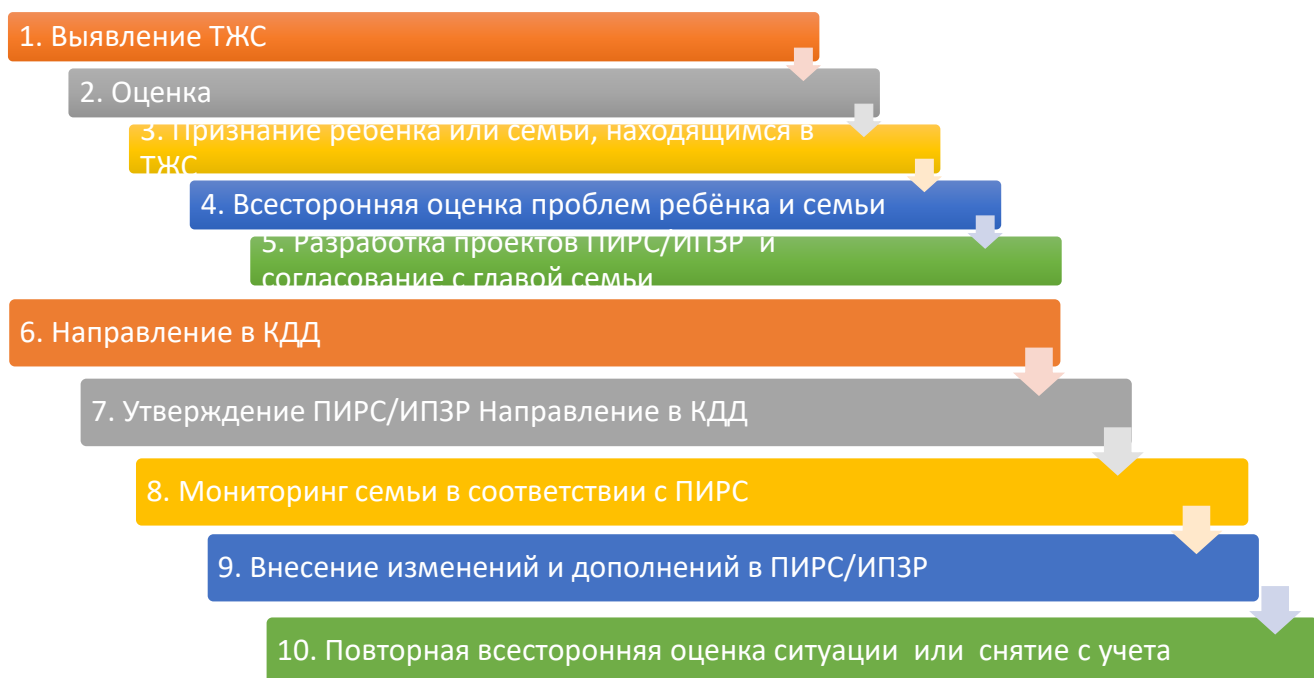


Рис. 1. Схема, отображающая весь процесс выявления и ведения случая ребенка, семьи, оказавшихся в ТЖС.

Регулярные домашние визиты и своевременное выявление фактов нарушения прав детей через плановые мероприятия (подворные обследования, анкетирование, консультирование родителей, межведомственные рейды, акции, сходы, встречи с населением и т.д.) обеспечивает предупреждения или минимизацию рисков для ребёнка, который находится в трудной жизненной ситуации.

Домашние визиты в сфере социальной работы с семьей в стране практикуется также в работе кризисных, ресурсных и реабилитационных центров, негосударственных организаций, комитетов, советов и других субъектов неформального уровня социальной работы.

## 5.2. КРАТНОСТЬ ДОМАШНИХ ВИЗИТОВ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СЕМЬЯМИ И ДЕТЬМИ В УСЛОВИЯХ ТЖС			
	Специальные мероприятия/ Консультации	Посещение на дому	Цель визита
День выявления ТЖС	Установление фактов насилия, без попечения, безнадзорности и других признаков ТЖС. Заполнение формы записи (См. Приложение 1)	Субъекты выявления, родители, соседи, родственники и др.	Установление факта наличия проблемы
В течении 3 дней	Учет и оценка потребностей ребенка Составление АКТа ЖБУ (См. Приложение 2)	Представитель уполномоченного органа по защите ребенка Социальный работник Айыл башчы Специалист по социальным вопросам Родители	Определение потребностей семьи и ребенка

		(Все участники кейс менеджмента)	
В течении 10 дней	Всесторонняя оценка ситуации ребенка и семьи (См. Приложение 3)	Все участники кейс менеджмента	Определение возможностей семьи и ребенка
10 дней	Разработка ИПЗР и ПИРС (См. Приложение 4)	Все участники кейс менеджмента	Для обозначения мероприятий и услуг по оказанию необходимой социальной, правовой, психолого-педагогической, медицинской помощи семье и ребенку
В зависимости от сроков в ИПЗР и ПИРС	Реализация мероприятий по предоставлению ребенку и семье соответствующей помощи и услуг	По необходимости	Социальное сопровождение семьи и ребенка, находящихся в ТЖС и решение социальных проблем
По мере необходимости, но не реже 1 раза в три месяца	Мониторинг реализации ИПЗР и ПИРС	Все участники кейс менеджмента	Анализ динамики развития ситуации и внесение изменений и дополнений в ПИРС и ИПЗР
В конце кейс менеджмента	Снятие с учета ребенка и семьи, ранее находящейся в ТЖС	По необходимости	Завершение работы со случаем

### 5.3. ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ СЕМЬЕ И ДЕТАМ В ТЖС

Время посещения	Основные задачи	Рекомендации	Источники
<b>Дети, оставшиеся без попечения родителей</b>			
При установлении факта отсутствия попечения родственниками над ребенком, оставшимся без попечения родителей (родителя)	Выезд на дом, анализ ситуации и беседа с родителями	Поговорите с родителями Заполните форму записи (Приложение №1)	Кодекс КР О детях от 27. апреля 2017 г. № 64. Семейный кодекс КР от 8 июня 2017 г. №100.  Постановление Правительства. КР. Перечень необходимых документов, для назначения пенсий. От 12. 01.
В течение 3-х дней после выявления	Незамедлительное обеспечение временного устройства ребенка (в приемную семью либо детское	Свяжитесь с отделом по защите ребенка ( <a href="http://www.mlsp.gov.k">http://www.mlsp.gov.k</a>	

	интернатное учреждение).	<a href="http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/spravochnikru">g/?q=ru/spravochnikru</a> )	2005г. №10.
В течение 3-х дней после выявления	Первичная оценка потребностей ребенка.	Составьте АКТ обследования бытовых условий ЖБУ (Приложение №2.) Регистрируйте в журнале учета детей и семей в ТЖС	Положение «Об опеке и попечительстве» от 24 сентября 2013г. № 522
В течение 10 дней после выявления	Проведение всесторонней оценки проблем ребенка (детей), оставшегося без попечения родителей	Заполните Анкету всесторонней оценки проблем ребенка (Приложение №3)	Постановление Правительства КР «О порядке формирования и пользования государственным банком данных о детях, оставшихся без попечения родителей от 2 марта 2010 г. №125
В течение 10 дней после выявления	- разработка проекта индивидуального плана по защите ребенка	Обсудите со всеми участниками кейс менеджмента проект плана ИПЗР (Приложение №4)	
Сразу с момента выявления	работа по поиску биологической семьи или родственников с целью воссоединения ребенка с семьей	Соберите информацию о ситуации от соседей, членов семьи, айыл башчы, квартальных, родственников и др.	
По факту выявления	внесение сведений о ребенке, в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей	Свяжитесь с управлением социального развития/отделом по защите ребенка ( <a href="http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/spravochnikru">http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/spravochnikru</a> )	
В зависимости от сроков в ИПЗР и ПИРС	заведение личного дела ребенка, и передача в соответствующее учреждение	Соберите документы для личного дела (Приложение №6. <b>Перечень документов для оформления личного дела ребенка). Оформляйте личное дело ребенка</b>	
	содействие назначению пенсии по утере кормильца	Свяжитесь с социальным фондом и помогите родственникам ребенка собрать соответствующие документы ( <a href="http://socfond.kg/ru/contacts/">http://socfond.kg/ru/contacts/</a> )	
	При наличии возможности предоставление услуг приемных (фостерных) семей	Свяжитесь с управлением социального развития/отделом по защите ребенка ( <a href="http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/spravochnikru">http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/spravochnikru</a> )	
	Сопровождение в процессе восстановления документов и	Помогите в сборе необходимых	

	членов семьи	документов для получения пенсий, пособий, оформления соответствующих документов, помощь в предоставлении материалов в суд, для устройства ребенка вне семьи.	
	Предоставление услуг психолога При необходимости оказание гуманитарной помощи (продовольственная, мыломоющие средства, одежда и др.)	Направьте в центры защиты детей Обратитесь в органы местного самоуправления и свяжитесь с айыл окмоту.	
По мере необходимости, но не реже 1 раза в три месяца	Мониторинг и анализ динамики развития ситуации и определение потребностей ребенка	Посетите семью, поговорите с членами семьи, убедитесь, что ребенок благополучно развивается.	
<b>Дети с ограниченными возможностями здоровья</b>			
По факту выявления	Выезд на дом, анализ ситуации и беседа с родителями	Поговорите с родителями. Консультируйте родителей, по вопросам приобретения практических навыков общего ухода за детьми с инвалидностью. Заполните форму записи. (Приложение №1)	Закон о правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья. От 8 июня 2017 года № 100  Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в ТЖС. От 22 июня 2015. № 391.
В течение 3-х дней после выявления	Первичная оценка потребностей ребенка.	Составьте АКТ обследования бытовых условий ЖБУ (Приложение №2.) Регистрируйте в журнале учета детей и семей в ТЖС	Закон КР О государственных пособиях. От 28 июля 2017 года №163
В течение 10 дней после выявления	Проведение всесторонней оценки проблем ребенка (детей), оставшегося без попечения родителей	Заполните Анкету всесторонней оценки проблем ребенка (Приложение №3)	Закон КР Об охране и защите ст семейного насилия от 27 апреля 2017 г. №63.
В течение 10 дней после выявления	- разработка проекта индивидуального плана по защите ребенка	Обсудите со всеми участниками кейс менеджмента проект плана ИПЗР (Приложение №4).	Закон Кыргызской Республики “О государственных
В зависимости от сроков в ИПЗР и ПИРС	Сопровождение семей, имеющих детей с инвалидностью, для своевременного прохождения ребенком медико-социальной	При необходимости направьте в соответствующую МСЭК для	

	экспертизы.	установления факта наличия инвалидности у ребенка. (Приложение №8) (Адреса и телефоны МСЭК)	пособиях в Кыргызской Республике” от 28 июля 2017 года № 163.  Положение "О порядке обращения и назначения единовременного пособия при рождении ребенка - "балага суйунчу", Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 30 декабря 2017 года № 847.
	Содействие в освидетельствовании и переосвидетельствовании инвалидности ребенка	Помогите в сборе документов ( <a href="http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/adresamsek">http://www.mlsp.gov.kg/?q=ru/adresamsek</a> )	
	Организация услуг реабилитационных центров	Расскажите об услугах дневных центров по вопросам абилитации и реабилитации детей	
	Содействие назначению социальных пособий	Свяжитесь с управлением социального развития/отделом госпособий. Помогите в сборе документов (Приложение № 7.)	
	Информирование родителей о мерах государственной поддержки в соответствии с законодательством КР	Раздайте информационные буклеты	
	При необходимости оказание гуманитарной помощи (продовольственная, мыло-моющие средства, одежда и др.)	Обратитесь в органы местного самоуправления	
По мере необходимости, но не реже 1 раза в три месяца	Мониторинг и анализ динамики развития ситуации и определение потребностей ребенка	Посетите семью, поговорите с членами семьи, убедитесь, что ребенок благополучно развивается.	
<b>Дети, подвергшиеся жестокому обращению</b>			
При получении информации о жестоком обращении (насилии) в отношении ребенка	Выезд по месту проживания (нахождения) ребенка для установления факта жестокого обращения (насилия) в отношении ребенка и его семьи совместно с сотрудником органа внутренних дел.	Свяжитесь с отелом по защите ребенка Свяжитесь с медицинскими работниками	
В день выявления	Совместно оцените риск и степень жестокого обращения в отношении ребенка	Поговорите с лицами, подвергшимся жестокому обращению и окажите психологическую поддержку	
В день выявления	Анализ ситуации и беседа с родителями и ребенком	Соберите информацию о ситуации от соседей, членов семьи, айыл башчы, квартальных, родственников. Заполните форму записи.	



		(Приложение №1)	
В день выявления	Первичная оценка потребностей ребенка	Составьте АКТ обследования бытовых условий ЖБУ. (Приложение №2.) Регистрируйте в журнале учета детей и семей в ТЖС	
В день выявления	При необходимости извлечение (физическое изъятие) ребенка из семьи	Составьте акт об изъятии ребенка в 4 экземпляре. (Приложение №5). Передайте заверенные печатью ТПУОЗД экземпляры акта родителям, лицам их заменяющих, органам внутренних дел.	
В день выявления	Временное размещение ребенка в соответствующее учреждение	Определите ребенка, изъятый из семьи в организацию здравоохранения для оказания медицинской помощи После оказания медицинской помощи передайте ребенка родственникам под временную опеку сроком до 6 месяцев, либо в центр защиты детей, (либо в приемную семью, либо в интернатное учреждение)	
В течение 10 дней после выявления	Проведение всесторонней оценки проблем ребенка	Заполните Анкету всесторонней оценки проблем ребенка. (Приложение №3)	
В течение 10 дней после выявления	Разработка проекта индивидуального плана по защите ребенка	Обсудите со всеми участниками кейс менеджмента проект плана ИПЗР. (Приложение №4).	
В зависимости от сроков в ИПЗР и ПИРС	Реализация ИПЗР Комплексная работа по выводу семьи из ТЖС	Информируйте родителей или лиц, их заменяющих, об ответственности Напишите письменное предупреждение о недопустимости жесткого обращения (насилия) в отношении ребенка ходатайствуйте о постановке семьи на	Закон КР «О судах аксакалов» от 5 июля 2022 г. №113.  Положение о размещении ребенка вне семьи. Постановление Правительства КР от 24 сентября

		профилактический учет в органе внутренних дел. Систематически осуществляйте профилактические меры и мониторинг по изменению ситуации в семье Организируйте встречи семьи с представителями соответствующих органов (Суд аксакалов, женсоветы, группы самопомощи и др.)	2013г.№522  Положение о порядке проведения оценки потребностей населения в социальных услугах на местном уровне от 2 августа 2012 г. №535
	Реализация прав ребенка на защиту от всех форм жестокого обращения (насилия)	Проводите беседу с родителями или лицами, их заменяющими, о последствиях жестокого обращения (насилия) и пренебрежения основными потребностями ребенка для его развития	
	Предоставление услуг кризисных центров для жертв насилия	Свяжитесь с кризисными центрами и окажите помощь в получении услуг психолога. (Приложение №9). (Организации Кыргызстана помогающие детям с особыми нуждами: краткий справочник. Б., 2014).	
	Совместное составление реалистического плана действий с родителями	Обсудите все возможные варианты решения проблемы и окажите психологическую поддержку.	
По мере необходимости, но не реже 1 раза в три месяца	Мониторинг и анализ динамики развития ситуации и определение потребностей ребенка	Посетите семью, поговорите с членами семьи, убедитесь, что ребенок благополучно развивается.	
<b>Семья в группе риска</b>			
По факту выявления проблемы и в зависимости от	Оказание морально-психологической поддержки	Выслушайте клиента и окажите моральную поддержку. Обсудите	

сроков в ИПЗР и ПИРС		актуальность проблемы и варианты ее решения.	
	При необходимости оказание гуманитарной или материальной помощи семье или ребенку	Составьте АКТ обследования бытовых условий ЖБУ. (Приложение №2.) Регистрируйте в журнале учета детей и семей в ТЖС	
	Оказать помощь в обеспечении продуктами питания малоимущим семьям.	Свяжитесь с МСУ, займитесь поиском дополнительных источников помощи (например, по Всемирной продовольственной программе ООН, деятельность Ашара, спонсорские возможности, акции, марафоны и др.).	
	Оказать помощь безработному члену семьи при трудоустройстве	Свяжитесь с центром/департаментом занятости и обсудите возможности трудоустройства безработного члена семьи.	
	Оказание содействия в получении или восстановлении документов (в получении паспорта, прописки, свидетельств о регистрации брака, свидетельств о рождении ребенка).	Свяжитесь с ЗАГС, айыл-окмоту, юристами по вопросам восстановления документов	
	Предоставление временного жилья, оказание помощи в ремонте жилья, в найме жилья	Свяжитесь с МСУ, займитесь поиском дополнительных источников помощи	
	Оказание гуманитарной помощи (продовольственная, мыло-моющие средства, одежда и др.)	Свяжитесь с районным/городским управлением по социальному развитию	
	Оказание материальной помощи	Свяжитесь с МСУ, займитесь поиском дополнительных источников помощи	
	Предоставление услуг центров поддержки семьи и детей	Свяжитесь с районным/городским управлением по социальному развитию	
	Помощь в обеспечении топливом в зимний период (обеспечение углем, дровами)	Свяжитесь с районным/городским управлением по социальному развитию, МСУ	
	Информировать о социальных	Раздайте	

	программах, которые организуются на уровне общин	информационные буклеты, Организуйте проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения	
	Консультирование при риске отказа от ребенка	Проведение профилактических бесед о пропаганде здорового образа жизни и планировании семьи.	

### 3.1. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ В ТЖС: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

#### Что такое экстренное изъятие ребенка из семьи?

Экстренное изъятие ребенка из семей осуществляется, когда существует угроза жизни ребенка, его психическому и физическому здоровью (подвергшиеся физическому, сексуальному и психологическому насилию).

При изъятии ребенка из семьи ТПУОЗД обязано письменно проинформировать родителей или лиц, их заменяющих, о возможности обжаловать действия по изъятию ребенка в судебном порядке.

#### В каких случаях ограничиваются родительские права?



Суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничении родительских прав).

Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и другие).

Ограничение родительских прав допускается также в случаях если оставление ребенка с родителями (одним из них) вследствие их поведения является опасным для ребенка, но не установлены достаточные основания для лишения родителей (одного из них) родительских прав. Если родители (один из них) не изменяют своего поведения, отдел по поддержке семьи



и детей по истечении шести месяцев после вынесения судом решения об ограничении родительских прав обязан предъявить иск о лишении родительских прав. В интересах ребенка отдел по поддержке семьи и детей вправе предъявить иск о лишении родителей (одного из них) родительских прав до истечения этого срока.

1. Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близким родственником ребенка, органами и учреждениями, на которые законом возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей, образовательными и другими учреждениями, а также прокурором.

2. Дела об ограничении родительских прав рассматриваются с участием прокурора и отдела по поддержке семьи и детей.

3. При рассмотрении дела об ограничении родительских прав суд решает вопрос о взыскании алиментов на ребенка с родителей (одного из них).

4. Суд вправе в течение трех дней со дня вступления в законную силу решения суда об ограничении родительских прав направить выписку из такого решения суда в орган записи актов гражданского состояния по месту государственной регистрации рождения ребенка.

### **Что такое план индивидуальной защиты ребенка (ИПЗР)?**

На основании заключения о потребностях ребенка и семьи, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социальных и иных услугах сотрудник территориального подразделения уполномоченного органа по защите детей совместно со специалистом исполнительного органа местного самоуправления разрабатывает проекты плана индивидуальной работы с семьей и/или индивидуального плана по защите ребенка по определенной форме. ИПЗР включают в себя перечень мероприятий и услуг по оказанию необходимой социальной, правовой, психолого-педагогической, медицинской помощи ребенку, семье, находящимся в трудной жизненной ситуации, направленных на поддержание и содействие благоприятному развитию ребенка, а также на укрепление воспитательных навыков и возможностей родителей, опекунов и других лиц, ответственных за воспитание ребенка и уход за ним, с указанием сроков их выполнения и ответственных лиц.



### **Что такое комиссия по делам детей?**

Комиссия по делам детей является коллегиальным органом системы защиты детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляющим свою деятельность на периодической основе<sup>21</sup>. Целью Комиссии является обеспечение защиты прав и законных интересов детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Комиссия создается: при местных государственных администрациях; при мэриях городов.

### **Кто входит в состав КДД?**

- представители территориальных подразделений;
- государственного органа внутренних дел;
- уполномоченного государственного органа в сфере образования;
- уполномоченного государственного органа в области здравоохранения;
- уполномоченного органа по защите детей;
- уполномоченного государственного органа в области миграции;
- представитель местной государственной администрации (мэрии города);
- представители гражданского общества (по согласованию).

Численность представителей гражданского общества, включенных в состав Комиссии, не должна превышать численность представителей территориальных подразделений государственных органов.

### **Если у ребенка нет свидетельства о рождении, как можно его восстановить?**

#### **Перечень документов, необходимых для получения свидетельства о рождении при утере, порче:**

- если гражданин совершеннолетний, то необходимо обратиться в органы ЗАГС с ID паспортом, где впервые было получено свидетельство о рождении;

<sup>21</sup>ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ о Комиссии по делам детей. Утверждено [постановлением](#) Правительства КР от 24 июля 2017 года № 449.

- если гражданин не достиг совершеннолетнего возраста, то для получения повторного свидетельства о рождении необходимо присутствие одного из родителей с ID паспортом.



### Какая работа проводится, если родители хотят отказаться от ребенка?

Согласно законодательству КР социальные работники должны убедить родителей не отказываться от своего ребенка. В первое время оказавшимся в трудной жизненной ситуации людям могут оказать услуги при домах малютки, в центрах для матери и ребенка, предоставляющие временный кров.

Социальные работники предоставляют информационную помощь и разъясняют людям, что можно обратиться в районные управления социального развития и получить соответствующую помощь.

Районные управления социального развития осуществляют:

- 1) Выявление и учет матерей, желающих отказаться от ребенка.
- 2) Разработка стратегий по предотвращению отказов матерей от новорожденных детей.
- 3) Консультация матерей оказавшихся в трудной ситуации и желающих отказаться от ребенка.
- 4) Помощь в определении матери и ребенка в специализированные государственные учреждения для временного проживания.
- 5) Контроль над семьями социального риска.
- 6) Юристы, которые обязаны провести консультацию матери по вопросу отказа от ребенка. Они должны объяснить правовые последствия отказа от новорожденного ребенка.

### Кто такой жертва насилия?

Пострадавший от семейного насилия это член семьи или лицо, приравненное к члену семьи, в отношении которых совершено семейное насилие, а также несовершеннолетнее лицо, ставшее свидетелем семейного насилия.

### Что такое убежище и кому оно предоставляется?

**Убежище** (центр временного пребывания для лиц, пострадавших от семейного насилия) - организация, предоставляющая безопасное временное проживание лицам, пострадавшим от семейного насилия. Убежища организуются для женщин и мужчин отдельно. Пребывание в убежище осуществляется на бесплатной основе на условиях договора в соответствии с правилами, определенными в уставе или положении убежища.

### Круг субъектов, осуществляющих охрану и защиту от семейного насилия

К субъектам, осуществляющим охрану и защиту от семейного насилия, относятся:

- 1) Правительство Кыргызской Республики;
- 2) уполномоченный государственный орган по координации деятельности субъектов по охране и защите от семейного насилия, определяемый Правительством Кыргызской Республики;
- 3) суд;
- 4) прокуратура;
- 5) органы внутренних дел;
- 6) органы социального развития;
- 7) органы здравоохранения;
- 8) органы образования;
- 9) органы юстиции;
- 10) уполномоченный государственный орган по защите детей;
- 11) Акыйкатчы (Омбудсмен) Кыргызской Республики;

- 12) адвокатура;
- 13) местные государственные администрации;
- 14) органы местного самоуправления;
- 15) суд аксакалов;
- 16) средства массовой информации;
- 17) иные организации в пределах своей компетенции.

**Пострадавший от семейного насилия вправе обратиться в суд по следующим требованиям, к лицу, совершившему семейное насилие:**

- 1) временно выселить из места совместного проживания;
- 2) ограничить родительские права в части контактов с несовершеннолетними детьми;
- 3) признать лицо, совершившее семейное насилие, ограниченно дееспособным в соответствии с гражданским законодательством.

**Какие существуют формы пренебрежения нуждами?**

Оставление ребенка без присмотра; отсутствие должного внимания, опеки, защиты (безнадзорность); не предоставление ребенку питания, одежды, жилья; несоответствие среды обитания потребностям ребенка: отсутствие спального места, соответствующего возрасту ребенка, места для игр и занятий; приготовление пищи ребенку непригодным для него способом, кормление пищей, не соответствующей возрасту ребенка; отсутствие должного гигиенического ухода: купание, смена подгузников, стирка и смена белья и одежды; несоответствие одежды ребенка погодным условиям; не предоставление медицинской помощи ребенку: обследования, лечения, профилактических прививок; опасные условия для жизни ребенка: антисанитария, паразиты, битое стекло, незащищенные электрические розетки, легкий доступ к ядовитым веществам и т.п.

**Каковы последствия жестокого обращения с детьми?**

*Любой вид жестокого обращения с детьми ведет к самым разнообразным последствиям, но их все объединяет одно — ущерб здоровью ребенка или опасность для его жизни. Дети, подвергшиеся жестокому обращению, часто отстают в росте, массе, они позже начинают ходить, говорить, реже смеяться. У детей старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с чувством собственной ущербности, неполноценности.*

*Часто решение своих проблем дети часто находят в криминальной, асоциальной среде, а это часто сопровождается с формированием у них пристрастия к алкоголю, наркотиками, они начинают воровать и совершать другие уголовно наказуемые действия.*

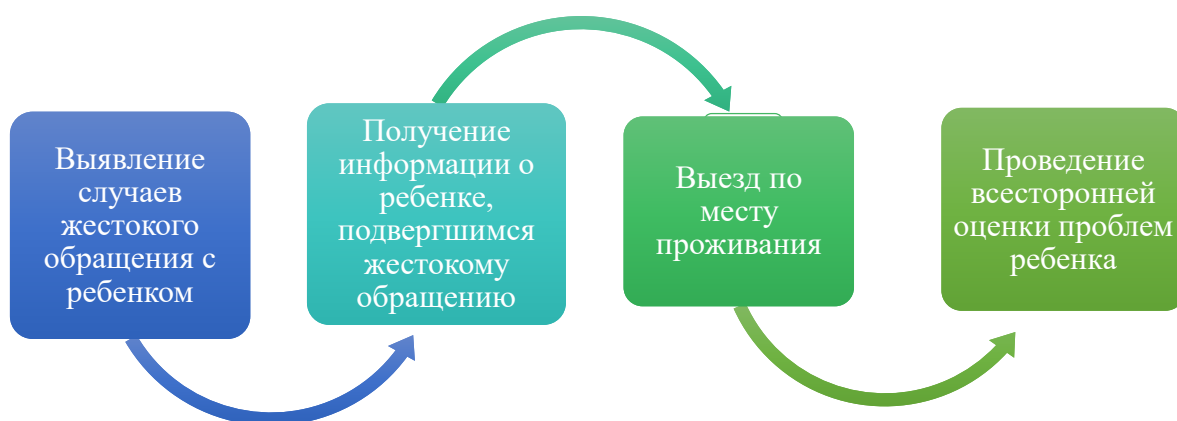
**Какие имеются уровни риска насилия?**

### Выделяют 3 уровня риска насилия:



### Каков алгоритм действий специалистов по выявлению фактов жестокого обращения с детьми?

При получении информации о жестоком обращении (насилии) в отношении ребенка специалисты по защите детей совместно с сотрудником органа внутренних дел, незамедлительно (в тот же день) осуществляют выезд по месту проживания (нахождения) ребенка для установления факта жестокого обращения (насилия) в отношении ребенка и проведения всесторонней оценки проблем ребенка и его семьи. Поэтапно данный процесс выглядит следующим образом:







### Какие имеются уровни профилактики насилия?

Можно выделить следующие **уровни профилактики** жестокого обращения с детьми:



### Как образуется приемная семья?

Приемная семья образуется по желанию супругов или отдельного лица, которые добровольно берут для воспитания и совместного проживания в семье детей и на основании Договора о передаче ребенка.

### Кто такой приемный ребенок?



Приемный ребенок (дети), это ребенок, переданный на воспитание в приемную семью.

### **Кто может стать кандидатом в приемные родители?**

- кандидатом в приемные родители для детей внесенных в Государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей, может стать заявитель, соответствующий определенным требованиям<sup>22</sup>.

### **Какие существуют виды устройства ребенка?**

- экстренное устройство - на срок от нескольких часов до одних суток, если ребенок находится в опасности или брошен (оставлен) родителями;



- краткосрочное устройство - на срок до одного месяца;
- среднесрочное устройство - на срок до шести месяцев;
- долгосрочное устройство - на срок более шести месяцев;
- периодическое устройство - на несколько дней, на выходные дни, на каникулы.

### **В каких случаях осуществляется передача детей на воспитание в приемную семью на долгосрочный период?**

Передача детей на воспитание в приемную семью на долгосрочный период производится в случае невозможности их передачи на усыновление или под опеку (попечительство).



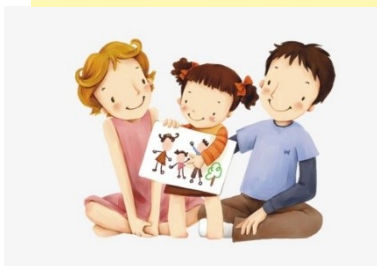
### **Сколько детей может взять на воспитание одна семья?**

В приемную семью может быть взято на воспитание до 3 детей в возрасте до 16 лет. При этом общее число несовершеннолетних детей, включая родных, усыновленных и подопечных, не должно превышать 5 детей.

### **Кто может быть приемными родителями (родителем)?**

Приемными родителями (родителем) могут быть граждане Кыргызской Республики обоего пола, за исключением лиц,

которые не могут быть приемными родителями в соответствии с Семейным кодексом Кыргызской Республики и Кодексом Кыргызской Республики о детях.



### **Какие дети передаются в приемную семью?**

- дети-сироты;
- дети, родители которых лишены родительских прав, ограничены в родительских правах, признаны в судебном порядке недееспособными, безвестно отсутствующими, осуждены;



- дети, экстренно изъятые из семей, где существует угроза их жизни, психическому и физическому здоровью (дети, подвергшиеся физическому, сексуальному и психологическому насилию);
- дети, родители которых по состоянию здоровья не могут лично осуществлять их воспитание и содержание, а также дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в

<sup>22</sup> Положение о приемной семье. Утверждено Постановлением КР от 1 октября 2012 г. №670.

воспитательных, лечебно-профилактических учреждениях, учреждениях социальной защиты населения или других аналогичных учреждениях;  
- дети до 3-х лет вместе с матерью, не достигшей 18 лет;  
- дети с ограниченными возможностями здоровья.

### **Как осуществляется передача в приемную семью ребенка (детей), достигшего 10 лет?**

При таком случае передача в **приемную семью ребенка** осуществляется с учетом его мнения и в интересах ребенка. В обязательном порядке учитывается его (их) этническое происхождение, принадлежность к определенной религии и культуре, родной язык, преемственность места проживания, обучение, места досуга и членство в детских объединениях.

### **Какие документы, необходимы для получения статуса приемного родителя (родителей):**

- 1) заявление по установленной форме;
- 2) копия паспорта заявителя (ей);
- 3) свидетельство о браке (если состоят в браке);
- 4) нотариально заверенное согласие супруга (если состоят в браке);
- 5) справка с места жительства о составе семьи;
- 6) выписка из домовой книги с места жительства или документ, подтверждающий право собственности на жилое помещение;
- 7) справка органов внутренних дел об отсутствии, снятии или погашении судимости;
- 8) медицинское заключение государственной лечебно-профилактической и медико-социальной организации о состоянии здоровья лица, желающего взять ребенка на воспитание в приемную семью, и членов его семьи, об отсутствии заболеваний;
- 9) характеристика с места работы, либо с места жительства;
- 10) полная автобиография заявителей;
- 11) письменные рекомендации от не менее трех поручителей.

Поручителем может быть любой гражданин Кыргызской Республики, не состоящий с кандидатом в приемные родители в родстве и знающий его не менее одного года. Письменные рекомендации собираются сотрудниками территориальных подразделений путем письменного интервьюирования выбранных поручителей;

- 12) справка или сертификат о прохождении обучения (тренинга, семинара), выданные уполномоченными органами и соответствующими учреждениями, обучающими приемных родителей.

Приложения №1

#### **Форма записи для социальных работников**

1. \_\_\_\_\_  
(фамилия семьи или фамилия, имя, отчество лица, ребенка и его возраст)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

2. Дата их выявления:

<input type="checkbox"/> самообращение, <input type="checkbox"/> родственников, <input type="checkbox"/> соседей/знакомых, <input type="checkbox"/> анонимно, <input type="checkbox"/> учебногoзаведения, <input type="checkbox"/> медицинского учреждения, <input type="checkbox"/> исполнительного органа местного самоуправления, <input type="checkbox"/> НПО, <input type="checkbox"/> другое
--

**3. Как:** устно  письменно  по телефону  электронным источником связи

**4. Самочувствие ребенка, его внешний вид**  угроза жизни и здоровью ребёнка  вес, рост соответствуют возрасту  часто болеет  инвалидность  болезненный вид  синяки, гематомы  ожоги  порезы  запущенный вид  одет в соответствии с сезоном  одежда грязная, не отвечает сезону  не придерживается личной гигиены  педикулез, кожные высыпания  имеет чистое постельное белье

**5. Питание**  соответствует возрасту  нерегулярное  часто бывает голоден

**6. Эмоциональное состояние**  уравновешенный, спокойный  активный  радостный  грустный  чрезмерно возбужден  проявляет агрессию  угнетен  проявляет страх, тревожность  говорит о намерениях суицида  закрыт, молчаливый

**7. Самообслуживание и труд**  умеет одеваться  может кушать самостоятельно  следит за личными вещами  не умеет ухаживать за собой (одеваться, купаться, кушать)

**8. Состояние взрослых членов семьи на момент посещения** (отец, мать или другие взрослые лица их заменяющие)

9. Здоровье	Мать	Отец
Здоров (а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеет:		
инвалидность: недостатки слуха и зрения, опорно-двигательного аппарата, поражения внутренних органов, психические заболевания и умственная отсталость / недостаточность, смешанные недостатки ( <i>подчеркнуть</i> ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тяжелые болезни, в том числе онкологические, социально опасные болезни (ВИЧ / СПИД, туберкулез, гепатит С); другое _____ ( <i>подчеркнуть</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Эмоциональное состояние:</b> <input type="checkbox"/> уравновешенный, спокойный <input type="checkbox"/> активный <input type="checkbox"/> радостный <input type="checkbox"/> не контролируемое поведение <input type="checkbox"/> проявляет агрессию <input type="checkbox"/> угнетен <input type="checkbox"/> проявляет страх, тревожность <input type="checkbox"/> говорит о намерениях суицида <input type="checkbox"/> закрыт, <input type="checkbox"/> молчаливый угрожает жизни и здоровью других		
<b>11. Вредные привычки, проявления признаков девиантного поведения:</b> <input type="checkbox"/> Отсутствуют, <input type="checkbox"/> Употребляет, <input type="checkbox"/> Алкоголь, <input type="checkbox"/> наркотические средства и психотропные вещества. <i>Имеет избыточную склонность к:</i> <input type="checkbox"/> азартным играм, <input type="checkbox"/> компьютерным играм, <input type="checkbox"/> Бродяжничает, <input type="checkbox"/> Совершает правонарушение, <input type="checkbox"/> Имеет опасные увлечения, хобби, <input type="checkbox"/> Другое _____		
<b>12. Занятость:</b> <input type="checkbox"/> постоянная работа в дневное время; <input type="checkbox"/> посменная работа, в том числе в ночную смену; <input type="checkbox"/> официально оформлена трудовая занятость; <input type="checkbox"/> непостоянная (сезонная) работа; <input type="checkbox"/> работа удаленная от рабочего места; <input type="checkbox"/> находится на заработках; <input type="checkbox"/> работа на приусадебном участке; <input type="checkbox"/> безработный (ая), недавно потерял (а) работу; <input type="checkbox"/> не желает работать; <input type="checkbox"/> состоит на учете в центре занятости; <input type="checkbox"/> пенсионер; <input type="checkbox"/> другое _____		

**13. Социальная поддержка семьи:**  в семье есть близкие родственники, соседи, знакомые, которые могут оказать поддержку;  оказывают поддержку специалисты

**14. Основные доходы семьи, в т. ч. государственные пособия, компенсации, льготы:**  
 заработная плата  заработок от домашнего хозяйства  пенсии, алименты или другие социальные выплаты  
 гуманитарная помощь  социальная помощь по малообеспеченности  государственные пособия  
 государственная социальная помощь инвалидам  пособие по безработице   
 другое \_\_\_\_\_

**15. Долги:**  по оплате за жилье (в т. ч. коммунальные услуги),  перед банками, кредиторами  соседями,  родственниками,  в связи с зависимостью (игровая, нарко и др.)   
 другое \_\_\_\_\_

**16. Жилищные условия:**  собственный дом,  квартира,  съемная квартира,  на правах аренды,  комната в общежитии,  жилье принадлежит родителям,  имеется прописка в жилье.

<p><b>17. Состояние жилья:</b> <input type="checkbox"/> в доме соблюдаются санитарно-гигиенические нормы; <input type="checkbox"/> холодно;  <input type="checkbox"/> грязно, <input type="checkbox"/> присутствуют признаки сырости, грибка;  <input type="checkbox"/> крысы, тараканы, клопы; <input type="checkbox"/> аварийное.</p>	<p><b>18. Условия для ребенка:</b> <input type="checkbox"/> имеет отдельную кровать;  <input type="checkbox"/> отсутствует постоянное, подходящее место для сна и отдыха;  <input type="checkbox"/> обустроенное место для игры ребенка;  <input type="checkbox"/> помещение безопасное для ребенка;  <input type="checkbox"/> опасные предметы (очень мелкие, острые, колющие), лекарства хранятся в недоступных местах для ребенка дошкольного возраста;  <input type="checkbox"/> ребенок имеет доступ к бытовой химии;  <input type="checkbox"/> территория вокруг помещения безопасна для ребенка;  <input type="checkbox"/> другое _____</p>
<p><b>19. Комментарии и дополнительная информация:</b></p>	

Приложение 2

**АКТ  
(обследования социально-бытовых условий)**

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Должность, фамилия работника, составившего(их) акт: \_\_\_\_\_ Ад  
рес: \_\_\_\_\_

Причина обследования: \_\_\_\_\_

Проведено обследование социально-бытового положения семьи: \_\_\_\_\_  
(указать категорию семьи и причину обследования) \_\_\_\_\_ и  
составлен акт.

Гражданин (гражданка) имеет следующий состав семьи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения, место работы или учебы) \_\_\_\_\_ На  
момент обследования установлено: \_\_\_\_\_

Наличие мебели и предметов быта: \_\_\_\_\_ Сан

итарно-гигиеническое состояние помещения: \_\_\_\_\_

Условия проживания: \_\_\_\_\_ кв.м; количество комнат: \_\_\_\_\_

Кому принадлежит жилье: \_\_\_\_\_

а) состояние жилища: аварийное, ветхое, годное для проживания:

(подчеркнуть)

б) тип жилья: частное, государственное, общежитие, приватизированное;

(подчеркнуть)

в) комфортность удобств: (с удобствами, без удобств, частично)

(подчеркнуть)

Нуждается в улучшении жилищных условий: да/нет: \_\_\_\_\_

(указать)

г) наличие транспорта, да/нет: \_\_\_\_\_

(указать)

д) приусадебный участок, да/нет: \_\_\_\_\_

(указать)

е) подсобное хозяйство, да/нет: \_\_\_\_\_

(указать)

Виды и размеры получаемых доходов и социально-правовой помощи:

ежемесячное детское пособие: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

пособие одинокой матери: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

алименты: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

заработная плата: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

пенсия: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

адресная помощь: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

стипендия: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

Льгота по уплате коммунальных услуг: \_\_\_\_\_

(пользуются или нет и по каким основаниям)

Общий доход на "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года составил: \_\_\_\_\_

(указать сумму)

Бесплатное питание в школе, да/нет: \_\_\_\_\_

(указать)

Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

(работник(и), который(ые) производил(и) обследование)

(должность)

М.П.

**АНКЕТА**  
**всесторонней оценки проблем ребенка, находящегося в ТЖС**

Информация о ребенке			
ФИО ребенка			
Пол ребенка <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский			
Критерий трудной жизненной ситуации:			
Дата рождения ребенка:			
Социальные проблемы	Дата проведения обследования		
	(первая оценка)	(вторая оценка)	(третья оценка)
С обоими биологическими родителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С одним из биологических родителей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
С одним из биологических родителей отчимом/мачехой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В семье при установлении предварительной опеки (указать дату и № решения, орган, принявший решение)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В семье при установлении опеки/попечительства (указать дату, № решения суда)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В приемной (фостерной) семье (указать дату, № решения органа, принявшего решение)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В интернатном учреждении (указать наименование учреждения, дату и № решения суда)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое. Укажите, с кем проживает ребенок без оформления опеки/попечительства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок безнадзорным (ребенок, контроль над поведением которого отсутствует вследствие неисполнения либо ненадлежащего исполнения или уклонения от выполнения своих обязанностей по его содержанию, воспитанию со стороны законных представителей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок беспризорным (ребенок без контроля со стороны законных представителей, не имеющий определенного места жительства и (или) пребывания)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соответствует ли одежда ребенка сезону, возрасту, полу ребенка			
Соответствует сезону, возрасту, полу ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не соответствует	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соответствует ли внешний вид ребенка его возрасту			
Соответствует	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ребенок выглядит младше своего возраста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ребенок выглядит старше своего возраста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получает ли ребенок ЕПМС. Если получает, указать, с какого времени			
Вовлечен ли ребенок в работу по уходу за младшими детьми, работу на семейных сельскохозяйственных полях, в строительство дома и домашних построек, работу по уходу за домашним скотом или в домашнее производство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вовлечен ли ребенок в различные виды работ на рынках, шахтах и другие виды работ неформального сектора экономики	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вовлечен ли ребенок в работу на предприятиях, в цехах, в строительных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

компаниях, в другой формальный сектор экономики			
Является ли ребенок лицом с ограниченными возможностями здоровья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли справка медико-социальной экспертной комиссии об инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получает ли ребенок социальное пособие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получает ли ребенок услуги по реабилитации. Указать, какие и где	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Правовые проблемы	Дата проведения обследования		
	(первая оценка)	(вторая оценка)	(третья оценка)
Имеется ли у ребенка в возрасте 16-18 лет паспорт			
У ребенка имеется паспорт (указать №, дату, орган, выдавший паспорт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У ребенка не имеется паспорта. Укажите причину:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли у ребенка свидетельство о рождении			
У ребенка имеется свидетельство о рождении (указать №, дату, орган, выдавший свидетельство о рождении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У ребенка не имеется свидетельство о рождении. Укажите причину:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли медицинская справка о рождении ребенка			
Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нет, указать причину:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли актовая запись о рождении ребенка в органах ЗАГС			
Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нет, указать причину:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок сиротой (у которого умерли оба родителя или единственный родитель, либо родители которого неизвестны), оставшимся без попечения родителей (у которого отсутствуют родители в связи с лишением их или ограничением их родительских прав, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), нахождением их в лечебных учреждениях, отбыванием ими наказания в виде лишения свободы, нахождением их в местах содержания под стражей, уклонением родителей от воспитания ребенка или от защиты его прав и интересов, отказом родителей взять своего ребенка из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке) <u>Нужное подчеркнуть</u>			
Сирота (статус установлен), указать орган, выдавший свидетельство о смерти родителей либо свидетельство о рождении, с прочерком в графах "мать", "отец", либо решение суда о признании гражданина умершим	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получает ли ребенок пособие/пенсию по утере кормильца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нет, указать причину:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ребенок, оставшийся без попечения родителей, (установлена опека/попечительство), указать дату и № решения суда (др. органа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ребенок, оставшийся без попечения родителей, (не установлена опека/попечительство). Укажите причину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Находится ли ребенок в конфликте с законом на момент оценки (выясняется в отделе внутренних дел)			
Состоит ли ребенок на учете в инспекции по делам несовершеннолетних органа внутренних дел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Привлекался ли ребенок к административной ответственности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок задержанным (указать дату задержания)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок подследственным (обвиняемым)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок подсудимым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок осужденным (вид наказания)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок отбывшим наказание (в том числе, освобожденным условно досрочно или с замененным наказанием, указать дату освобождения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Является ли ребенок потерпевшим или свидетелем правонарушения/преступления (указать дату совершения преступления/правонарушения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Угрожает ли жизни и здоровью ребенка опасность. Необходимо ли его срочное изъятие из опасной среды и определение в безопасное место. Если "Да", указать причины:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Психолого-педагогические проблемы	Дата проведения обследования		
	(первая оценка)	(вторая оценка)	(третья оценка)
Навыки соответствуют возрасту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навыки не соответствуют возрасту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навыки не сформированы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает ли ребенок дошкольную организацию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Остается ли ребенок без надзора родителей (лиц, их заменяющих)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает ли ребенок занятия по дошкольной подготовке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает ли ребенок школу. Указать наименование школы и класс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает ли ребенок другие образовательные организации (лицей, образовательный центр, медресе, центр, школа-интернат, вспомогательная школа, др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пропустил ли ребенок более 40 дней обучения в школе в текущем учебном году по уважительным, либо неуважительным причинам (указать причины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если ребенок не посещал и/или не посещает школу, то указать причину, класс, школу, которую не посещал ребенок последнее время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеет ли ребенок поведенческие проблемы (обман, конфликтность, агрессивность, игровая зависимость, табакокурение и др.). Нужно подчеркнуть либо указать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеет ли ребенок серьезные проблемы с поведением или совершает правонарушения дома и/или в сообществе (побеги из дома, кража, употребление наркотических веществ, алкоголя, драки, вымогательство и др.). Нужно подчеркнуть, либо указать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Высказывал ли ребенок суицидальные мысли либо пытался совершить суицид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имелись ли факты сексуального насилия либо домогательства в отношении ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Медицинские проблемы	Дата проведения обследования		
	(первая оценка)	(вторая оценка)	(третья оценка)
Получает ли ребенок медицинское обслуживание по месту жительства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли у ребенка тяжелая, угрожающая жизни или здоровью хроническая болезнь, травма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеются ли у ребенка на момент оценки признаки болезни (высокая температура, кровотечение, кожные высыпания, гнойные выделения, боли и др.). Нужно подчеркнуть, либо указать, какие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеются ли у ребенка на момент оценки признаки насилия (кровоподтеки, синяки, ссадины, раны, ожоги, ушибы, рубцы и другие телесные повреждения и др.). Нужно подчеркнуть, либо указать, какие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Заключение

Потребности ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации			
Социальные	Правовые	Психолого-педагогические	Медицинские
<input type="checkbox"/> Предоставление жилья <input type="checkbox"/> Оказание помощи в ремонте жилья <input type="checkbox"/> Предоставление места в социальной гостинице <input type="checkbox"/> Содействие занятости <input type="checkbox"/> Назначение социальных	<input type="checkbox"/> Оказание поддержки в получении паспорта <input type="checkbox"/> Оказание поддержки в получении свидетельства о рождении <input type="checkbox"/> Оказание поддержки в получении медицинской	<input type="checkbox"/> Предоставление услуг психолога <input type="checkbox"/> Помощь в восстановлении детско-родительских отношений <input type="checkbox"/> Консультационные	<input type="checkbox"/> Услуги ФАП <input type="checkbox"/> Услуги ГСВ <input type="checkbox"/> Услуги узких специалистов ЦСМ (поликлиника) <input type="checkbox"/> Специализированны

<p>пособий</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Назначение ЕПМС</li> <li><input type="checkbox"/> Назначение пособия/пенсии по утере кормильца</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание гуманитарной помощи (продовольственная, мыло-моющие средства, одежда и др.)</li> <li><input type="checkbox"/> Обеспечение углем, дровами</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание материальной помощи</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление вспомогательных технических средств (коляски, костыли, ортопедическая обувь и др.)</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг кризисных центров для жертв насилия</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг центров для детей, находящихся в конфликте с законом</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг приюта</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг центров поддержки семьи и детей</li> <li><input type="checkbox"/> Устройство ребенка в приемную (фостерную) семью</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг реабилитационных центров</li> <li><input type="checkbox"/> Освидетельствование в МСЭК</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание поддержки в интеграции ребенка с тяжелыми или множественными ограничениями здоровья в специализированное учреждение</li> <li><input type="checkbox"/> Извлечение (физическое изъятие) ребенка с рабочего места</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание содействия в трудоустройстве ребенка</li> <li><input type="checkbox"/> Другое</li> </ul>	<p>справки о рождении</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Оказание поддержки при регистрации актовой записи в органах ЗАГС</li> <li><input type="checkbox"/> Поиск биологических родителей/родственников, воссоединение семьи</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг адвоката</li> <li><input type="checkbox"/> Консультирование специалистами-юристами</li> <li><input type="checkbox"/> Представление интересов ребенка в правоохранительных и судебных органах</li> <li><input type="checkbox"/> Защита имущественных прав и интересов ребенка</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание содействия в обращении в правоохранительные органы, сборе необходимых материалов</li> <li><input type="checkbox"/> Другое</li> </ul>	<p>услуги ПМПК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Организация обучения на дому</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание поддержки в интеграции ребенка с ОВЗ в образовательный процесс</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг центра детского творчества и развития</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг дневных центров для детей</li> <li><input type="checkbox"/> Помощь в посещении детского сада</li> <li><input type="checkbox"/> Посещение детского сада на льготных условиях оплаты</li> <li><input type="checkbox"/> Посещение школы</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление бесплатных учебников</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление школьных принадлежностей и формы ребенку</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление бесплатного школьного транспорта</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление ребенку помощи в обучении</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание социальным педагогом помощи ребенку и семье в реинтеграции ребенка в школу</li> <li><input type="checkbox"/> Укрепление взаимоотношений школы с родителями (лицами, их заменяющими) и ребенком</li> <li><input type="checkbox"/> Получение ребенком профессионального образования</li> <li><input type="checkbox"/> Посещение заочной/вечерней школы</li> <li><input type="checkbox"/> Посещение ребенком внеклассных досуговых мероприятий, проводимых школой, внешкольной организацией, НКО</li> <li><input type="checkbox"/> Назначение наставничества</li> <li><input type="checkbox"/> Другое</li> </ul>	<p>е медицинские услуги (территориальные больницы)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Высоко квалифицированная специализированная медицинская помощь</li> <li><input type="checkbox"/> Санаторно-курортное лечение</li> <li><input type="checkbox"/> Медицинская реабилитация для лиц с ОВЗ</li> <li><input type="checkbox"/> Услуги психотерапевта</li> <li><input type="checkbox"/> Консультации по вопросам предоставления лекарственных средств согласно ППГ</li> <li><input type="checkbox"/> Оказание материальной помощи на приобретение медикаментов</li> <li><input type="checkbox"/> Консультации при риске отказа от ребенка в организациях здравоохранения</li> <li><input type="checkbox"/> Предоставление услуг в медицинских специализированных реабилитационных центрах для семьи и ребенка</li> <li><input type="checkbox"/> Проведение профилактических бесед по планированию семьи</li> <li><input type="checkbox"/> Судебно-медицинская экспертиза</li> <li><input type="checkbox"/> Размещение ребенка в ресурсный семейный центр</li> <li><input type="checkbox"/> Другое</li> </ul>
---	---	--	---

Мнения и замечания детей и родителей (лиц, их заменяющих) о выводах (включая несогласие):

ФИО сотрудника ТПУОЗД

\_\_\_\_\_  
 ФИО сотрудника ИОМСУ

\_\_\_\_\_  
 ФИО родителя (отца или лица, его заменяющего)

\_\_\_\_\_  
 ФИО родителя (матери или лица, ее заменяющего)

\_\_\_\_\_  
 ФИО лиц, участвовавших в оценке:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Приложение 4**

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН по защите ребенка № \_\_\_\_\_**

ФИО ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства \_\_\_\_\_ (нахождения):

Потребности ребенка, выявленные при проведении всесторонней оценки проблем ребенка	Мероприятия по предоставлению ребенку, находящемуся в трудной жизненной ситуации, соответствующей помощи и услуг	Сроки исполнения	Ожидаемый результат	Ответственный за исполнение	Отметка об исполнении/ неисполнении (причина)	Подпись ответственного лица	Достигнутый прогресс
Социальная помощь							
Правовая помощь							
Психолого-педагогическая помощь							
Медицинская помощь							

Комментарии ребенка (детей)/родителей (лиц, их заменяющих) о плане:

\_\_\_\_\_

Ребенок (дети), родители (лица, их заменяющие), члены семьи, вовлеченные в процесс планирования:

ФИО	Кем приходится ребенку	Дата	Подпись

Представители государственных органов, некоммерческих организаций, местных социальных служб и т.д., вовлеченные в процесс планирования:

ФИО	Организация	Контактные	Дата	Подпись

		данные		
--	--	--------	--	--

План составлен в двух экземплярах. Один экземпляр передан главе семьи/законному представителю ребенка.

ФИО: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Дата разработки \_\_\_\_\_ ИПЗР: \_\_\_\_\_ Дата закрытия \_\_\_\_\_ ИПЗР: \_\_\_\_\_

## Приложение 5

### **АКТ ИЗЪЯТИЯ РЕБЕНКА ИЗ СОЦИАЛЬНО ОПАСНОЙ СЕМЬИ**

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
(населенный пункт)

Мы, нижеподписавшиеся: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Составили акт о том, что изъяли несовершеннолетнего ребенка (детей):

(указать ФИО, год рождения, место нахождения или проживания)

Несовершеннолетний(ая) определена: \_\_\_\_\_  
для решения вопроса по существу.

С актом ознакомлены: \_\_\_\_\_

Понятые: 1. \_\_\_\_\_

(указать ФИО) \_\_\_\_\_ проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(указать ФИО)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Акт составили: \_\_\_\_\_

(указать ФИО)

## Приложение 6

### **Вопросы и ответы о пособиях**

#### **Существует следующие виды ежемесячных социальных пособий:**

1. единовременное пособие при рождении каждого ребенка - "балага суйунчу";
2. ежемесячное пособие по уходу за каждым ребенком до 3 лет - "балага жолок";
3. ежемесячное пособие гражданам (семьям), имеющим 3 и более детей в возрасте от 3 до 16 лет, - "уй-булого комок";
4. ежемесячное пособие лицам, не имеющим права на пенсионное обеспечение, - "социальное пособие".

## **Кто является получателем пособий?**

### **1. Пособие при рождении ребенка - “балага суйунчу” выплачивается один раз при рождении ребенка.**

Для получения пособия “балага суйунчу” необходимо:

#### **Шаг №1**

Для жителей проживающих в городах обратиться с заявлением в территориальное отделение социального развития по месту Вашего жительства (фактического проживания).

Для жителей проживающих в сельской местности обратиться с заявлением в айыл окмоту по месту Вашего жительства (фактического проживания.)

#### **Шаг №2**

Для обращения с заявлением на получение пособия необходимо собрать документы:

- Копия свидетельства о рождении ребенка
- Копию паспорта обоих родителей
- Справку с фактического места жительства о составе семьи.

#### **Шаг №3**

Получение уведомления о назначении пособия.

#### **Шаг №4**

Получение пособия.

**Важно:** При рождении двойни и более близнецов единовременное пособие "балага суйунчу" назначается на каждого ребенка. Срок обращения за назначением единовременного пособия "балага суйунчу" не может превышать одного года со дня рождения ребенка. Заявление о назначении пособия рассматривается в течении 10 дней. И выплачиваются за текущий месяц не позднее 30 числа текущего месяца. Пособие "балага суйунчу" назначаются если ребенок проживает с получателем пособия. Лицам, проживающим в высокогорных и отдаленных населенных пунктах, где установлены районные коэффициенты доплат к заработной плате и другим социальным выплатам, размеры государственных пособий исчисляются с применением этих коэффициентов.

### **2. Пособие по уходу за ребенком до 3 лет – “балага жолок”.**

Для получения пособия необходимо:

#### **Шаг №1**

Для жителей проживающих в городах обратиться с заявлением в территориальное отделение социального развития по месту Вашего жительства (фактического проживания).

Для жителей проживающих в сельской местности обратиться с заявлением в айыл окмоту по месту Вашего жительства (фактического проживания.)

#### **Шаг №2**

Для обращения с заявлением на получение пособия необходимо собрать документы:

- Свидетельство о рождении ребенка
- Документ удостоверяющий личность
- Справку с места жительства

#### **Шаг №3**

Получение уведомления о назначении пособия.

#### **Шаг №4**

Получение пособия.

**Важно:** Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 3 лет "балага жолок" назначается на каждого ребенка до исполнения им возраста 3 лет. Назначение ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 3 лет "балага жолок" производится с первого числа месяца, следующего за месяцем вашего обращения. Пособие "балага жолок" назначается если ребенок (дети) проживает с получателем пособия. Лицам, проживающим в высокогорных и отдаленных населенных пунктах, где установлены районные коэффициенты доплат к заработной плате и другим социальным выплатам, размеры государственных пособий исчисляются с применением этих коэффициентов.

3. **Ежемесячное пособие - “уй-булого комок” выплачиваются гражданам (семьям) имеющих 3х и более детей и назначается третьему ребенку и последующим детям с 3 летнего возраста до достижения ими возраста 16 лет.**

Для получения пособия “уй-булого комок” необходимо:

**Шаг № 1**

Для жителей проживающих в городах обратиться с заявлением в территориальное отделение социального развития по месту Вашего жительства (фактического проживания).

Для жителей проживающих в сельской местности обратиться с заявлением в айыл окмоту по месту Вашего жительства (фактического проживания.)

**Шаг №2**

Для обращения с заявлением на получение пособия необходимо собрать документы:

- Свидетельство о рождении ребенка (детей)
- Документ удостоверяющий личность
- Справку с места жительства

**Шаг №3**

Получение уведомления о назначении пособия.

**Шаг №4**

Получение пособия.

**Важно:** Ежемесячное пособие назначается тройням и более близнецам - на каждого ребенка, достигшего возраста 3 лет, до исполнения им возраста 16 лет. Заявление о назначении пособия рассматривается в течении 10 дней. Пособие "уй-булого комок" назначается если ребенок (дети) проживает с получателем пособия. Лицам, проживающим в высокогорных и отдаленных населенных пунктах, где установлены районные коэффициенты доплат к заработной плате и другим социальным выплатам, размеры государственных пособий исчисляются с применением этих коэффициентов.

4. **Ежемесячное пособие лицам, не имеющим права на пенсионное обеспечение, - "социальное пособие" выплачивается:**

- детям с ограниченными возможностями здоровья - до 18 лет;

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** детям с ограниченными возможностями здоровья до 18 лет - с момента установления инвалидности МСЭК, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня выдачи справки МСЭК, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - до достижения ими 18 лет;

- лицам с ограниченными возможностями здоровья с детства I, II и III групп;

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** лицам с ограниченными возможностями здоровья с детства, лицам с ограниченными возможностями здоровья, не имеющим права на пенсионное обеспечение, - с момента установления инвалидности МСЭК, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня выдачи справки МСЭК, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - до окончания действия справки МСЭК;

3) лицам с ограниченными возможностями здоровья I, II и III групп;

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** лицам с ограниченными возможностями здоровья с детства, лицам с ограниченными возможностями здоровья, не имеющим права на пенсионное обеспечение, - с момента установления инвалидности МСЭК, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня выдачи справки МСЭК, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - до окончания действия справки МСЭК;

4) пожилым гражданам (мужчинам - по достижении возраста 65 лет, женщинам - по достижении возраста 60 лет);

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** мужчинам - по достижении возраста 65 лет, женщинам - по достижении возраста 60 лет, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня достижения мужчинами возраста 65 лет, а женщинами - возраста 60 лет, по истечении указанных сроков - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - пожизненно;

5) матерям-героиням - по достижении возраста 55 лет;

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** матерям-героиням - по достижении возраста 55 лет, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня достижения ими 55 лет, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - пожизненно.

6) детям в случае потери одного родителя;

7) детям в случае потери обоих родителей;

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** детям в случае потери кормильца при отсутствии у них права на пенсионное обеспечение - со дня возникновения права на ежемесячное социальное пособие, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 12 месяцев с момента возникновения этого права, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - до достижения ими возраста 16 лет; учащимся общеобразовательных организаций - до окончания ими обучения; учащимся начальных профессиональных учебных заведений, студентам средних и высших профессиональных учебных заведений очной формы обучения - до окончания ими обучения, но не более чем до достижения возраста 23 лет;

8) детям, рожденным от матерей, живущих с ВИЧ/СПИДом, - до достижения ими возраста 18 месяцев.

**Ежемесячное социальное пособие назначается:** детям, рожденным от матерей, живущих с ВИЧ/СПИДом, - со дня рождения, если обращение за пособием и предоставление всех необходимых документов последовало не позднее 6 месяцев со дня рождения, по истечении указанного срока - с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло обращение за пособием, - до достижения ими возраста 18 месяцев;

Для получения пособия необходимо:

### **Шаг №1**

Для жителей проживающих в городах обратиться с заявлением в территориальное отделение социального развития по месту Вашего жительства (фактического проживания).

Для жителей проживающих в сельской местности обратиться с заявлением в айыл окмоту по месту Вашего жительства (фактического проживания.)

### **Шаг №2**

Для обращения с заявлением на получение пособия необходимо собрать документы:

- документ, удостоверяющий личность;
- справка с места жительства;
- копии свидетельства о рождении ребенка (детей);
- справку с медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) о наличии инвалидности;
- решение об опеке (попечительстве);
- справка с места учебы;
- свидетельство о заключении или расторжении брака;
- справка о составе семьи;
- справка о наличии земельного надела и приусадебного участка с указанием размеров и качества земли (при их наличии);
- справка о видах и количестве сельскохозяйственных животных;
- удостоверение кайрылмана и другие документы которые могут затребовать органы социальной защиты в зависимости от вида назаняемого пособия.

### Шаг №3

Получение уведомления о назначении пособия.

### Шаг №4

Получение пособия.

**Важно:** С момента поступления документов в полном объеме вопрос о назначении ЕСП с учетом проверки достоверности представленных документов, введения информации в базу данных, оформления протокола и документов на выплату рассматривается не более 10 рабочих дней. Услуги по назначению пособий предоставляются бесплатно.

#### **В каких случаях может быть отказано в назначении пособия.**

- в случае предоставления заявителем неполного перечня необходимых документов;
- непредставление заявителем в срок документов(та), необходимых(ого) для назначения пособия;
- истечение срока действия представленных документов;
- предоставление заявителем фиктивных(ого) документов(а) для назначения пособия;
- предоставление испорченных документов (вырваны страницы, неразборчивый текст, печать и так далее);
- несоответствие критериям назначения пособия;
- обращение за назначением пособия не по месту фактического жительства (прописки);
- прекращение выплаты пособия, назначаемого ранее, по причине предоставления заведомо ложных сведений о праве на него, в случае, если с момента прекращения выплаты прошло менее 12 месяцев;
- обращении за пособием лиц, не достигших 18 лет;
- обращения за пособием лиц, не имеющих на него права

#### **Где можно получить информацию**

- Министерство труда и социального развития.
- Департамент социального обеспечения при Министерстве труда и социального развития.
- Территориальные подразделения Министерства труда и социального развития по месту Вашего жительства.
- Айыл окмоту.
- На сайте <http://www.mlsp.gov.kg>

#### **Куда можно обратиться с вопросами и жалобами?**

1. При возникновении спорных вопросов вы можете обратиться к руководству территориального подразделения социального развития и Департамент социального обеспечения.
2. Письменную жалобу можно подать в территориальное подразделение социального развития, в департамент социального обеспечения и в Министерство труда и социального развития. Жалоба должна содержать ФИО получателя услуги, адрес проживания, номер телефона, а также суть претензии, подпись получателя услуги и дату.
3. При неудовлетворении принятым решением по вашей жалобе имеет право обжаловать решение органов социального развития в судебном порядке.

**Важно:** уполномоченный сотрудник обязан зарегистрировать жалобу в течении 1 рабочего дня и направить на рассмотрение руководству. Срок рассмотрения вашей письменной жалобы и получения ответа на нее не должен превышать 14 дней со дня его регистрации.

Приложение 7

## **ЗАЯВЛЕНИЕ и УВЕДОМЛЕНИЕ о назначении единовременного пособия при рождении ребенка "балага суйунчу"**



Форма

--	--	--	--	--	--	--	--	--

(регистрационный номер)

Начальнику управления социального развития

наименование района (города)

от \_\_\_\_\_

ФИО

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о назначении единовременного пособия при рождении ребенка**  
**"балага суйунчу"**

Пол (муж - 2 жен - 1)	Дата рождения (цифрами и полностью)	Персональный идентификационный номер	№ и серия паспорта (№ удостоверения кайрылмана)	Кем выдан (выдано)
1	2	3	4	5

Адрес по прописке \_\_\_\_\_

Адрес по месту фактического проживания \_\_\_\_\_

Телефоны: домашний № \_\_\_\_\_ рабочий № \_\_\_\_\_

сотовый № \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Прошу Вас назначить пособие "балага суйунчу"** (нужное отметить галочкой)

на ребенка

на опекаемого ребенка

по доверенности

на детей

на опекаемых детей

Сведения о ребенке (детей), имеющего (имеющих) право на единовременное пособие при рождении ребенка "балага суйунчу":

№	ФИО ребенка	Пол (муж - 2 жен - 1)	Дата рождения (цифрами и полностью)	Идентификационный номер	№ свидетельства о рождении ребенка
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					

Количество документов, приложенных к заявлению \_\_\_\_\_

Назначался ли ранее данный вид пособия/пособий, обращались ли Вы ранее с заявлением на назначение данного вида пособия/пособий "Да", "Нет" (нужное подчеркнуть), если "Да", то где и когда?

Я заявляю, что все данные, указанные мной в заявлении, являются полными и достоверными.

Я проинформирован(а) о том, что за предоставление недостоверной информации буду нести ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

С условиями назначения и выплаты единовременного пособия при рождении ребенка "балага суйунчу" ознакомлен(на).

Расписку-уведомление о принятии заявления получил(ла).

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата заполнения заявления " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист управления  
социального развития \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (ФИО)

-----  
Форма

### УВЕДОМЛЕНИЕ о назначении единовременного пособия при рождении ребенка "балага суйунчу"

Уважаемый(мая) \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

\_\_\_\_\_ районное/городское управление социального развития информирует, что Вам назначено единовременное пособие по случаю рождения ребенка - "балага суйунчу" в размере \_\_\_\_\_ сомов. Денежные средства будут перечислены на Ваш банковский счет/в почтовое отделение (нужное подчеркнуть).

Решение о назначении "балага суйунчу" принято \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Начальник  
управления  
социального развития \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (ФИО)

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система обеспечения прав детей и защиты детей, находящихся в ТЖС включает национальное законодательство, нормативную правовую базу, разно уровневые структуры управления, мониторинга и контроля, структуры и учреждения на различных уровнях.

При этом огромную роль в улучшении данной системы играет развитие домашнего визитирования в практике социальной работы с детьми и семьями. Вся система защиты прав детей и обеспечения базовых социальных потребностей может быть достигнута через непосредственный визит специалиста или специалистов в семью, обеспечивающий всестороннюю оценку проблем семьи и оказание им адресной социально-психологической помощи.

По сравнению с медицинскими визитами в социальной работе с детьми данная служба применяется гораздо реже. Домашние визиты специалистами по социальной работе осуществляется на основе поступившего сигнала о том, что семья попала в ТЖС и нуждается в срочном социальном вмешательстве со стороны специалистов.

Домашние визиты специалистов - социальных работников важны в целях оценки рисков и ресурсов социального окружения ребенка и предотвращения жестокого обращения в отношении детей. Регулярные домашние визиты и своевременное выявление фактов нарушения прав детей через плановые мероприятия (подворные обследования, анкетирование, консультирование родителей, межведомственные рейды, акции, сходы, встречи с населением и т.д.) обеспечивает предупреждения или минимизацию рисков для ребёнка, который находится в трудной жизненной ситуации.

## **VI. ДОМАШНИЕ ВИЗИТЫ ДЕТЯМ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

### **6.1. ЦЕЛЬ ДОМАШНЕГО ВИЗИТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

Дети, живущие с ВИЧ, имеют такие же права, как и другие дети.

Цель домашнего визита заключается в:

- 1) предоставлении помощи и поддержки в целях благополучия ребенка и семьи
- 2) снижении риска развития критических состояний или преждевременной смерти

Поскольку у детей, живущих с ВИЧ, сложное, хроническое заболевание, они нуждаются в значительной дополнительной поддержке, чтобы жить позитивной и здоровой жизнью. Семьи нуждаются в:

- достоверной информации;
- “надежном” человеке, с которым можно поговорить и которому можно задать вопросы;
- эмоциональной поддержке;
- практических советах.

*«Дети, которым предоставляется простая в изложении, ясная информация о состоянии их здоровья, менее подвержены разного рода страхам, лучше понимают сложившуюся ситуацию и могут чаще рассчитывать на более благоприятный результат от лечения».*

*«Раннее начало соблюдения предписаний по антиретровирусной терапии, положительно влияет на непрерывность такой практики у детей, положительных на ВИЧ, в долгосрочной перспективе»<sup>23</sup>.*

Чем раньше (с момента рождения ребенка) начать оказывать дополнительную помощь и поддержку семье ребенка, тем легче будет им приспособиться к жизни с этим хроническим заболеванием; развить навыки, которые помогут им лучше управляться с таким состоянием;

---

<sup>23</sup> UNICEF (2016) *Adolescents living with HIV: Developing and strengthening care and support services* p20, p14.

а также способствовать введению традиции оказания поддержки со стороны других семей и общины, что поможет семье быть сильной несмотря на дополнительный стресс.

В связи с вышеизложенным, целевые посещения на дому детей младших возрастов с ВИЧ-инфекцией направлены на:

- 1) оказание содействия членам семьи в понимании болезни
- 2) обучение членов семьи правильному приему препаратов и получения лечения
- 3) оказание содействия членам семьи в умении справляться с дополнительным стрессом в результате болезни ребенка и реакцией общества на болезнь
- 4) содействие улучшению состояния здоровья и благополучия ребенка и членов его семьи
- 5) мониторинг состояния здоровья и благополучия ребенка и членов его семьи
- 6) оказание содействия семье в поиске других ресурсов в общине, которые могут способствовать удовлетворению их нужд

## 6.2. ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА СЛУЖБ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ВИЧ В КЫРГЫЗСТАНЕ

У детей с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане имеется возможность получать услуги (медицинские и психологические). При этом применяется межсекторальный, многодисциплинарный подход, который включает:

- Специалистов из Центра СПИД (национальный и областной уровни)
- Квалифицированных врачей и медсестер инфекционистов (районный уровень)
- Врачей, медсестер и фельдшеров из центров семейной медицины (районный\сельский уровень)
- Социальных работников (районный\сельский уровень)
- НПО, которые обеспечивают детей с ВИЧ поддержкой со стороны их сверстников и обеспечивают людей, на чьем попечении находятся дети с ВИЧ, знаниями по безопасному уходу за такими детьми

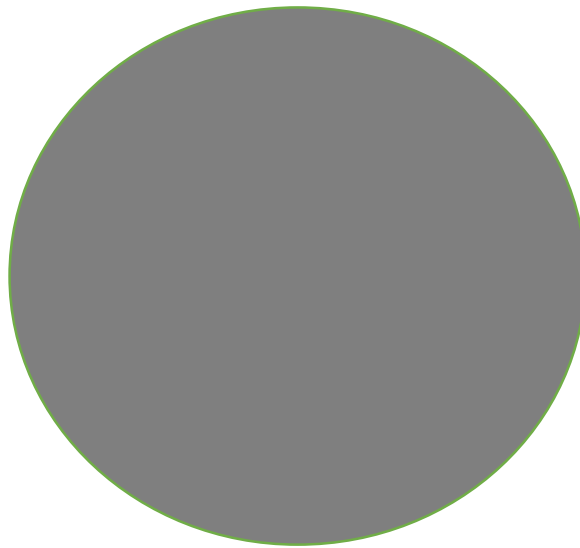
Дети со сложными состояниями извлекают пользу от наличия разных, оказывающих помощь специалистов, поскольку каждый из них обеспечивает своими, узкоспециализированными знаниями. Ключевыми факторами для оказания хорошей поддержки являются:

- хорошая коммуникация между всеми членами «команды», включая ребенка и его семью
- уважительное отношение к разнообразному опыту и навыкам каждого члена «команды», включая ребенка и его семью

В Кыргызстане посещения на дому выполняются разными специалистами в соответствии с потребностями ребенка, но наиболее часто это осуществляется теми, кто работает на районном и общинном (например, сельском) уровнях.

Рис. \_\_ ПОДДЕРЖКА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ВИЧ





### **Как могла бы выглядеть система целевых посещений на дому детей с ВИЧ в Кыргызстане?**

Посещения на дому являются частью обычной практики для врачей и медсестер из центров семейной медицины, работающих с младенцами и детьми младших возрастов в Кыргызстане. В настоящее время целевые посещения на дому детей с ВИЧ происходят на неформальной основе:

- когда семья вызывается для получения результатов теста на наличие ВИЧ (врачами и медсестрами из центров семейной медицины, медсестрами по инфекционным заболеваниям)
- в ситуациях, когда семьи с ВИЧ по тем или иным причинам не приходят в клинику для получения своих лекарств (посещения на дому осуществляют медсестры по инфекционным заболеваниям)

Поскольку такие явления, как стигма и дискриминация, представляют собой существенную проблему для семей, живущих с ВИЧ, модели посещений семей на дому могут различаться в зависимости от конкретных обстоятельств каждой семьи.

- 1) Некоторые семьи не захотят посещений на дому, поскольку они обеспокоены тем, что такие посещения вызовут у других членов их общины нежелательные подозрения о том, что они заражены ВИЧ. Схожие услуги можно предложить семьям во время их посещений клиники.
- 2) Некоторые семьи не захотят, чтобы персонал центра семейной медицины узнал об их статусе. Такие семьи могли бы посещать медсестру по инфекционным заболеваниям.
- 3) Некоторые семьи готовы позволить персоналу центра семейной медицины узнать об их статусе. В таких случаях, посещения на дому могли бы чередовать персонал из центра семейной медицины и персонал по инфекционным заболеваниям в зависимости от потребностей в необходимой специализированной помощи. Данный подход является идеальной ситуацией, потому что семьи получают разные услуги и помощь от данных специалистов.

- 4) Некоторые семьи будут нуждаться в дополнительных посещениях на дому со стороны социальных работников и психологов по причине того, что они подвержены еще и другим рискам, отличным от связанных с ВИЧ-инфекцией.
- 5) Как только будет успешно заложена рутина антиретровирусного лечения, некоторые семьи не будут нуждаться в дополнительных посещениях до тех пор, пока у них не произойдет какие-то изменения либо семья не захочет помощи и поддержки, когда решит открыть свой статус.

**Рис. Схема домашних визиты детей, живущих с ВИЧ инфекцией**



### **6.3. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА, КОТОРУЮ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ ТЕ, КТО ПОСЕЩАЮТ СЕМЬИ НА ДОМУ**

Специалисты ДВ (медицинские и/или социальные работники) играют важную роль в том, чтобы помочь семье справиться с трудными ситуациями, возникающими в случае заражения их ребенка ВИЧ-инфекцией, тем самым оберегая здоровье и благополучие ребенка.

#### **Поддержка может включать в себя следующее:**

- 1) Предоставление достоверной, **основанной на фактах, информации** семьям о болезни и о том, как с ней справляться;
- 2) **Практические советы и механизмы**, которые позволят семье организовать эффективное лечение;
- 3) **Психосоциальная поддержка** – включающая выслушивание, присутствие, помощь в решении проблем и предоставление советов, основанных на фактах, в таких ситуациях, как раскрытие наличия болезни;
- 4) **Мониторинг** состояния здоровья и благополучия ребенка и его семьи, включая соблюдение лечебных предписаний;
- 5) **Оценка рисков**, которые могут негативно повлиять на благополучие и прием лекарств;
- 6) **Направление к соответствующим специалистам**, если ребенку или семье потребуется дополнительная помощь. См. Приложение «Посещения на дому»

Ниже дан перечень видов помощи, которые может оказать патронажная медсестра или врач и обстоятельства, когда дополнительная помощь и поддержка будут полезны. В случаях если

семьи отказываются от посещений на дому, такая помощь должна оказываться в условиях клиники.

- 1) Приблизительно в момент постановки диагноза
- 2) Когда начинается противоретровирусное лечение
- 3) Когда у семей возникают трудные жизненные ситуации
- 4) Когда семьи готовятся рассказать своему ребенку больше о ВИЧ

#### **6.4. ИНФОРМАЦИЯ ПО ДОМАШНЕМУ ВИЗИТИРОВАНИЮ**

**Природа ВИЧ/СПИД и как он лечится с медицинской точки зрения.** Всему персоналу, посещающему людей с ВИЧ-инфекцией на дому, необходимо четко понимать, что из себя представляет ВИЧ и способ его лечения, чтобы быть способным давать людям о нем квалифицированную информацию.

Инструкции по соблюдению правил при ВИЧ-инфекции предписывают, что у семей, живущих с ВИЧ, должна быть очень хорошее представление о болезни, способе его лечения и о том, как ВИЧ-инфекция повлияет на их жизнь и жизнь их ребенка<sup>24</sup>. Ожидается, что семьи, которые очень хорошо понимают статус их ребенка, будут более способными принимать правильные решения относительно заботы и ухода за ним, и что будет больше вероятности соблюдения предписаний по лечению весь период.

На самом начальном этапе родители получают информацию о ВИЧ от специалиста по этому вопросу. Однако затем семьи обычно имеют дело с патронажными специалистами, посещающими их, – с врачами, медсестрами или социальными работниками, и в процессе посещений у семей возникают к ним вопросы на эти темы. Очень важно, чтобы информация, которую они будут предоставлять семьям, была достоверной, соответствующей действующим рекомендациям, которые существуют в Кыргызской Республике, и доступной для понимания семьями. В частности, персоналу, посещающему семьи на дому, следует быть способным вести квалифицированные беседы на следующие темы:

- доступные виды лечения для детей в Кыргызстане;
- положительный эффект от лечения на выживаемость при этой болезни;
- побочный действия лечения, которые могут быть у ребенка;
- важность обеспечения безусловного соблюдения семьями приема детьми лекарств в соответствии с предписаниями врача.
- важность проведения анализов крови на подсчет в ней количественного объема вируса

**Помните!!!** Однажды семьи зададут вам вопрос, на который у вас не будет ответа. Предоставление недостоверной информации может вызвать у семей недоверие к вам или подвергнуть семью риску. В таких случаях, вполне допустимо ответить: **«Я не знаю, но я постараюсь это выяснить»**. Затем данный вопрос нужно адресовать другим специалистам в команде, работающей с семьей, например, специалисту по ВИЧ.

#### **Медицинский персонал также должен быть способен:**

- отслеживать состояние здоровья и развитие ребенка;
- выявлять относящиеся к вопросам здоровья риски, такие как сопутствующие инфекции и признаки прогрессирования болезни;

---

<sup>24</sup> Simoni, J.M., Amico, K.R., Pearson, C.R., Malow, R. (2008). *Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: A review of the literature*. Current Infectious Disease Reports, 10, 515–521.

- отслеживать, насколько хорошо члены семьи справляются с приемом ребенком необходимых медицинских препаратов, включая отчеты семей об имеющихся побочных действиях лекарств;
- дать практические советы касательно приема медицинских препаратов;
- знать, в каких случаях следует направлять к узким специалистам за помощью.

В связи со всем вышеперечисленным, всему медицинскому персоналу, посещающему пациентов с ВИЧ-инфекцией на дому, следует:

- 1) пройти весь курс тренингов Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ);
- 2) знать «Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции, действующие в Кыргызской Республике», особенно Приложения 14 и 15, так как они больше остальных касаются вопросов ухода за беременными и кормящими грудью матерями и детьми с ВИЧ. Это должны знать и понимать весь персонал, посещающий пациентов на дому.
- 3) быть способным объяснить информацию, содержащуюся в книге Башмаковой Л.Н. и Сарымсакова У.Ш. «Позитивная жизнь» (2017);
- 4) пройти курс тренингов РМРР, либо уметь установить прочную связь ребенка с врачом или медсестрой из ГСВ/ФАП, которые прошли данный тренинг;
- 5) быть способным соблюдать универсальные меры предосторожности (по контролю за инфекциями) во время медицинских процедур. Данные меры предосторожности при необходимости должны соблюдаться в отношении всех детей, а не только детей с ВИЧ-инфекцией.

---

### **ЧТО ВАМ СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ ДО ПОСЕЩЕНИЯ РЕБЕНКА НА ДОМУ**

- Что такое иммунная система и как она работает?
- Что такое ВИЧ/СПИД?
- Как передается ВИЧ?
- Что представляет собой антиретровирусная терапия и как она помогает детям?
- Какое лечение доступно для детей в Кыргызстане?
- Какие лекарственные средства рекомендованы данному ребенку? Каким образом и когда, согласно инструкциям специалиста, ребенок должен принимать лекарства? Какие побочные действия могут возникнуть в результате приема данных препаратов?
- Какие сопутствующие инфекции обычно возникают у детей и как их можно предотвратить?
- Какие признаки прогрессирования болезни?
- Какие гигиенические правила и рекомендации по питанию важны для детей с ВИЧ?
- Каковы рекомендации насчет иммунизации для детей с ВИЧ-инфекцией?
- Процесс роста и развития ребенка в норме.

---

### **ЧТО ВЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ ДЕЛАТЬ (УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

- 1) Отвечать на вопросы семей касательно ВИЧ/СПИД, его лечения и воздействия на ребенка. Ответы должны быть недвусмысленными и понятными для семей.
- 2) Соблюдать универсальные меры предосторожности во время проведения процедуры (в случае с медицинским работником).
- 3) Распознавать признаки сопутствующих инфекций и прогрессирования болезни.
- 4) Помочь семье интегрировать прием лекарственных средств в их ежедневный распорядок, включая такие практические рекомендации, как использование контейнеров для таблеток, электронных приложений и календарей.

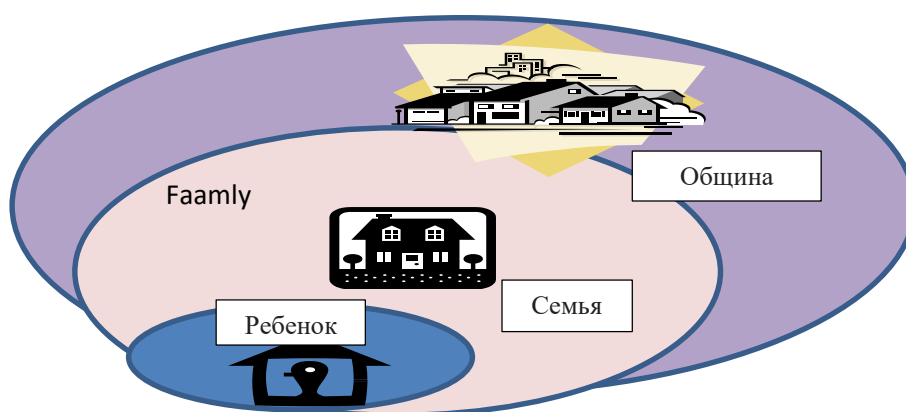


- 5) Уметь провести оценку роста и развития (РМРР (Руководство по мониторингу развития ребенка)).
- 6) Знать, когда следует направить к инфекционисту.

## 6.6. ВАЖНОСТЬ СТРУКТУРЫ СРЕДЫ, В КОТОРОЙ ЖИВУТ ДЕТИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Люди не живут в вакууме. Они живут в сложной сети взаимосвязей со своей семьей, общиной и окружающей средой. Чтобы предоставить поддержку детям с ВИЧ, персонал, посещающий семьи на дому, должны уметь видеть и понимать факторы, которые влияют на общее благополучие ребенка, а не только воздействие болезни на тело ребенка.

### Структурные слои, оказывающие воздействие, и ресурсы



**Важные принципы, которым нужно следовать при структурном подходе, включают в себя:**

1. Использование сильных сторон семьи – помощь семье в выявлении ресурсов и сильных сторон, которыми они обладают, чтобы помочь ребенку жить здоровой жизнью.
2. Использование подхода, в котором все построено вокруг семьи. Это означает адаптацию всего того, что вы делаете в отношении семьи, таким образом, чтобы это по возможности максимально отвечало нуждам семьи, с которой вы работаете.
3. Понимание и признание того, что человек живет в общине, имеет свое место в ней, и что община в целом оказывает влияние на состояние здоровья семьи и ее способность соблюдать лечебные распорядок согласно предписаниям<sup>25</sup>.

### Что это означает на практике?

Далее приведем вымышленную ситуацию. Это не случай из жизни, а лишь возможный сценарий развития событий.

Айбеку 5 месяцев и у него вич. Его мама во время беременности обнаружила, что она вич-инфицирована. В результате ее брак распался. Айбек живет теперь со

<sup>25</sup> UNICEF (2016) *Step by Step International Home visiting modules*, Module 2: The Role of the Health Visitor Module, Figure 2, p 8

своей мамой и бабушкой. Его мама работает на базаре, а бабушка присматривает за ним пока мама на работе. Мама очень любит своего сына. Медицинский работник посетил семью на дому, потому что мама не пришла в поликлинику в этом месяце. Мать ребенка говорит, что она не смогла прийти в назначенное время (10:00), так как базар начинается как раз в это время и она должна быть на рабочем месте. В прошлом месяце ее работодатель пригрозил увольнением, если она еще раз отпросится. Он не знает, что у женщины ВИЧ и что она боится потерять работу, если это выяснится. Роль сотрудника, посещающего семью на дому, заключается в том, чтобы обеспечить айбека и его мать месячным запасом лекарственных препаратов, убедиться о своевременном приеме ими этих препаратов и обеспечить прохождение ими ежемесячного медицинского осмотра.

### **Использование сильных сторон/преимуществ семьи: какие преимущества есть у айбека?**

- Мама, которая его любит;
- Бабушка, которая заботится о нем;
- Финансовые ресурсы, которыми они располагают – у его мамы есть работа.

### **Использование подхода, построенного вокруг и ориентированного на семью: что, затрудняет для семьи соблюдение режима лечения? Какие нужды есть у семьи?**

- Мама работает в то время, когда айбека нужно отвести в поликлинику;
- Если она пойдет в поликлинику, она рискует потерять работу;
- Ей нужна работа, чтобы прокормить айбека и ее маму.

### **Рассмотрение взаимосвязи с их общиной: какие внешние факторы влияют на способность семьи прийти на осмотр?**

- Время осмотра не подходит семье;
- Работодателю необходимо присутствие матери на рабочем месте, иначе он понесет убытки.

**Какое решение может помочь матери одновременно и сохранить работу, и при этом дать ей возможность получать лекарственные препараты для себя и айбека, и своевременно проходить регулярные медосмотры.**

- 1) Можно организовать быстрое получение матерью айбека лекарственных препаратов в 9:00, а специалист может приходить к ним домой в другой, нерабочий для нее день.
- 2) Бабушка может отвести айбека в поликлинику для получения лекарств и прохождения медосмотра, мама может прийти на медосмотр в другое время или сделать это на дому.

### **Работа с общиной**

Структурный подход также стимулирует выявление всех ресурсов в общине, которые могут помочь улучшить состояние здоровья и благополучие семьи. Поскольку общины разные, патронажные работники должны определить, какие ресурсы имеются в наличии в местностях, где проживают семьи, чтобы помочь им, и какой вид помощи они могут предложить семье. Примеры ресурсов в общине, которые могут быть полезны для семей, живущих с ВИЧ:

- 1) семья и друзья
- 2) другие семьи, живущие с ВИЧ
- 3) неправительственные организации, работающие с людьми с ВИЧ
- 4) сельские и районные социальные работники
- 5) социальный педагог
- 6) врачи и медсестры ЦСМ
- 7) Областной СПИД Центр

---

### **ЧТО ВАМ СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ**

- Какие ресурсы доступны в вашей местности (области, районе, селе) и какая помощь может быть предложена
- Ситуация в семье

---

### **ЧТО ВЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В СОСТОЯНИИ СДЕЛАТЬ**

- Расспросить членов семьи, чтобы понять какие факторы оказывают влияние на их здоровье и благополучие
- Проанализировать ситуацию и совместно с семьей найти решения
- Обсудить с другими жителями в общине вопрос о необходимой поддержке для семьи (без нарушения договоренностей о конфиденциальности)
- Координировать процесс поддержки для семьи

## **6.7. ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАКИХ ЯВЛЕНИЙ КАК СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ НА СЕМЬИ И ДЕТЕЙ С ВИЧ**

### **Определение**

Стигма описывается как «сильное общественное неодобрение предполагаемых или фактических индивидуальных качеств или форм поведения, которые противоречат экономическим, политическим, культурным или социальным нормам.»<sup>26</sup>

### **Что это может означать для людей, живущих с ВИЧ**

Дети, живущие с ВИЧ и их семьи, могут быть подвергнуты стигматизации и изоляции со стороны других членов семьи и общины. Они могут быть отвергнуты другими членами семьи, могут потерять работу или им могут отказать в посещении занятий в школе (дискриминация). Для них иногда бывают недоступны медицинские, образовательные и социальные службы из-за соответствующего отношения со стороны персонала этих служб по отношению к людям с ВИЧ.

Иногда семьи изолируют сами себя из-за испытываемого ими чувства стыда или страха заразить других. Это называется самостигматизация. Страх общественной изоляции и стигмы означает, что семьи не будут стремиться получить медицинские или социальные услуги, в которых они нуждаются. Некоторые семьи будут скрывать наличие болезни у ребенка даже от самого ребенка, потому что они будут опасаться того, что ребенок расскажет об этом кому-то и в результате ребенок подвергнется риску. К сожалению, хранение секретов внутри семьи тоже создает много стресса.

«Цикл подавления»<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Stuart H. (2004). *Stigma and work*, Healthcare Papers, vol. 5, no. 2, pp. 100–111 in UNICEF (2016) *Step by Step International Home visiting modules* Module 11: Working Against Stigma and Discrimination Stuart, 2004 p 9.

<sup>27</sup> UNICEF (2016) *Step by Step International Home visiting modules* Module 11: Working Against Stigma and Discrimination.

## Пример цикла подавления в том виде, в каком это может произойти с ребенком с ВИЧ

### ***Как патронажные работники, посещающие пациентов на дому, могут помочь?***

Как профессионалы, нам необходимо помогать семьям находить баланс между

- 1) нахождением семей в безопасности от негативного отношения и поведения других, и
- 2) получением поддержки, в которой они нуждаются, и ощущением себя частью общины

Мы всегда должны учитывать лучшие интересы ребенка и семья. Семьи, живущие с ВИЧ, нуждаются в не меньшей социальной поддержке. Патронажные работники могут играть ключевую роль в деле способствования уменьшению у семей ощущения стыда и изолированности и в изменении отношения общины к людям, живущим с ВИЧ.

### ***Что специалисту ДВ необходимо уметь делать***

- Преодолевать свои собственные предубеждения, чтобы быть способным помочь семье способствовать благополучию их ребенка.
- Взаимодействовать с семьями положительным и естественным образом. Играть с детьми в разные игры имеет важное значение!
- Выслушивать семьи, когда они рассказывают, как они подвергаются стигме и дискриминации.
- Поддерживать семьи, когда они думают о раскрытии своего статуса другим, и помочь им сгладить риски преимуществами раскрытия статуса. Уважать их решение касательно того, кому они хотят сообщить об этом и когда.
- Направить к психологу/социальному работнику в Центре СПИД в случаях необходимости дополнительной помощи и поддержки, особенно когда семьи собираются раскрыть свой статус.
- Направить семьи в группы поддержки, состоящие из детей – ровесников детей с ВИЧ.
- Помочь семьям правильно понять пути передачи ВИЧ и сопутствующих ему инфекций с тем, чтобы они чрезмерно не ограничивали себя или своих детей в возможностях.
- Помочь семьям получить доступ к необходимым службам и стать снова частью своей общины.
- Обеспечить общину образовательной информацией, включая и информацию о том, что такое ВИЧ, как он передается и как лечится, для того чтобы община меньше боялась людей с ВИЧ.

### ***Что нужно знать специалисту ДВ***

- То, что такие явления, как стигма и дискриминация, реальны и что они могут причинить вред ребенку и его семье.
- То, что семьи лучше всех знают свою ситуацию. Поэтому важно сохранять конфиденциальность пациентов и уважать их право самим решать, когда раскрывать свой статус и кому раскрывать.
- То, что чувство стыда может приводить к тому, что люди будут стремиться изолировать себя и своих детей от остальных. Понимание и принятие со стороны медицинских работников, семьи и сверстников может помочь уменьшить ощущение стыда и изолированности.
- То, что законы Кыргызской Республики защищают людей с ВИЧ от таких явлений, как стигма и дискриминация.

- Материал из Модуля 5 и 6, взятый из книги «Позитивная жизнь».

## **6.8. ВАЖНОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ СТРОГОЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ВИЧ**

Конфиденциальность подразумевает собой хранение информации о пациенте в тайне. Это закладывает основу для построения доверительных отношений между пациентами и патронажным работником, посещающим их на дому. Поэтому очень важно, чтобы мы не раскрывали информацию о наших пациентах другим людям в общине без согласия самих пациентов.

Соблюдение конфиденциальности важно при работе со всеми пациентами. Нам необходимо особенно строго подходить к вопросу соблюдения конфиденциальности при работе с пациентами с ВИЧ, поскольку это состояние сопровождается такими явлениями, как стигма и дискриминация. Раскрытие информации о наличии у вашего пациента ВИЧ может привести к серьезным негативным последствиям для пациента, включая его отвержение его семьей и общиной. Пациенту необходимо иметь определенный контроль над такими вещами, как – кому можно сообщить о его состоянии, а кому нет.

Часто даже самые близкие члены семьи могут не знать о том, что у их близкого есть ВИЧ. Это означает, что вам, как патронажному работнику, необходимо быть очень осторожным и щепетильным при работе с вашим пациентом с тем, чтобы случайно не раскрыть другим информацию о том, что у пациента есть ВИЧ.

### **Помощь и поддержка семьям в вопросе соблюдения конфиденциальности**

В то же самое время пациент извлечет пользу от раскрытия информации о его статусе некоторым людям, таким как их семейный врач и заслуживающие доверия члены семьи, которые могут поддержать его. Поскольку некоторые пациенты будут высказывать неохоту открывать другим информацию о своем статусе, будет полезно поговорить с ними о позитивных последствиях такого поступка.

Например, ниже приводятся причины, почему вам следует сообщить о вашем статусе вашему семейному врачу:

- Семейные врачи и медсестры обладают компетентными знаниями в области нормального детского роста и развития. ВИЧ влияет на здоровье и развитие ребенка, и семейные врачи могут оказать более компетентную помощь вашему ребенку, если они будут знать статус вашего ребенка.
- Антиретровирусные препараты (АРВП), назначаемые против ВИЧ, могут взаимодействовать с обычными рецептурными лекарствами, и поэтому вашему семейному врачу необходимо знать, что вы на АРВП, чтобы у прописываемых им лекарств не было нежелательных опасных побочных действий.

Вам также следует обсудить с персоналом в вашем центре семейной медицины вопрос о том, что они тоже связаны теми же правилами конфиденциальности, как и специальный медперсонал.

Полезным инструментом в такой ситуации является соглашение о соблюдении конфиденциальности, который представляет из себя документ, в деталях описывающий, кому позволяется знать о ВИЧ-статусе ребенка, и другие подробности, касающиеся состояния здоровья и благополучия ребенка. Такое соглашение должны подписать вы сами, родитель ребенка с ВИЧ и другой медицинский персонал, вовлеченный в работу с ребенком.

## **Что делать, когда чья-то жизнь подвергается потенциально смертельному риску или риску серьезного вреда**

Могут также возникнуть необычные обстоятельства, когда человеку потребуется раскрыть статус своего ребенка, поскольку чья-то другая жизнь подвергается риску. Вам нужно поговорить об этом сперва с родителями ребенка и объяснить, почему нужно раскрыть статус его ребенка работающему с ним медперсоналу. Убедите их, что информация не пойдет дальше, чем это необходимо, и что они сделают все, чтобы держать в тайне эту информацию и ее связь с ними, насколько это возможно. В таких обстоятельствах большинство пациентов соглашаются на раскрытые своего статуса.

Если и в данных обстоятельствах семья отказывается раскрыть свой статус, в соответствии с законами Кыргызской Республики вы не можете раскрыть его без согласия семьи. Но вы должны проинформировать семью о том, что в соответствии с Уголовным Кодексом Кыргызской Республики она может понести соответствующее наказание, если кто-то другой заразится от них ВИЧ-инфекцией. В таких случаях, всегда сперва обсуждайте с врачом-инфекционистом, что вам следует делать и как это сделать этически правильно. Помните о том, что в соответствии с Кыргызским законодательством вы не можете раскрыть статус вашего пациента без его согласия.

Вопросы конфиденциальности касаются не только ВИЧ-статуса. Другая информация, которая станет вам известна, поскольку вы будете посещать пациента на дому, тоже носит конфиденциальный характер. Вам не следует обсуждать информацию, касающуюся частной жизни родителей, с другими, кроме случаев, когда:

- 1) у вас есть на то их разрешение в соответствии с соглашением о конфиденциальности
- 2) существует риск благополучию пациента, например, кто-то из родителей может или собирается совершить суицид

### **Ключевые моменты**

- Вы должны получить согласие от пациента прежде чем вы раскроете его статус другому, включая другого врача или медсестру. В соответствии с законами Кыргызской Республики вы не имеете права раскрыть статус без получения надлежащего согласия.
- Если пациент отказывается, а раскрытие их статуса не противоречит, а скорее отвечает их лучшим интересам, вам следует поговорить с ними об их тревогах и четко объяснить, почему для них же будет лучше раскрыть их статус и как это можно сделать.
- Если пациент продолжает отказываться раскрыть свой статус в обстоятельствах, когда чья-то другая жизнь подвергается риску, проинформируйте пациента об уголовной ответственности согласно Уголовному Кодексу Кыргызской Республики.
- Если статус пациента возможно оставить в тайне, вы обязаны так поступить.
- Если вы не знаете, как правильно поступить, всегда в таких ситуациях обсудите этот вопрос сперва со старшей коллегой, чтобы получить ее совет.

### ***Полезный справочный материал:***

Совет Общей Медицины, Великобритания, «Вопросы конфиденциальности: раскрытие информации в случаях заразных заболеваний» [www.gmc-uk.org/guidance](http://www.gmc-uk.org/guidance)

Стандарты СНІВА (Ассоциация детей с ВИЧ) по уходу за младенцами, детьми и молодыми людьми с ВИЧ (включая младенцев, рожденных от матерей с ВИЧ)

Опасные заразные заболевания: Должен ли врач отбросить возражение пациента и раскрыть его ВИЧ-статус? [https://www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/30856.asp](https://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/30856.asp)

**Что вам нужно знать:**

- Вам нужно понимать, почему конфиденциальность важна для безопасности и благополучия пациента.
- Вам нужно знать законы Кыргызской Республики, касающиеся вопроса конфиденциальности.

**Что вам нужно делать:**

- Предоставить гарантию вашему пациенту и тому, кто несет ответственность за него, что вы не нарушите обязательства, касающиеся вопроса конфиденциальности, в соответствии с Соглашением.
- Быть готовым к спокойному разговору с пациентами о важности раскрытия их статуса в определенных обстоятельствах, а также быть готовым говорить с ними о некоторых рисках и о том, как они могут управлять этими рисками или их сглаживать.

## **6.9. УХОД И ЗАБОТА, В ЦЕНТРЕ КОТОРЫХ СТОИТ СЕМЬЯ**

*«Дееспособная семья – это семья, которая в состоянии удовлетворить материальные и социальные потребности ребенка. Она мотивирована заботиться о своем ребенке, воспитывать и оберегать его. Помощь и поддержка семьям в том, чтобы они становились как можно более дееспособными в деле заботы о своих детях, будет способствовать обеспечению наилучших результатов для этих детей»<sup>28</sup>*

Большинство детей живут в семьях. Семья оказывает значительное влияние на их жизнь, развитие и благополучие. Важно, чтобы службы, работающие с детьми, оказывали поддержку семьям с тем, чтобы они были способны выполнять свою роль в деле заботы о своем ребенке. Чтобы делать это эффективно, службам необходимо учитывать потребности всей семьи.

Подходы, в центре которых стоит семья, учитывают и другие потребности семьи, такие как занятость и состояние здоровья родителей, потому что они также влияют на благополучие ребенка. Поскольку заботы и потребности семьи шире, чем только личные потребности ребенка, службы, ставящие семью в центр своей деятельности, стремятся сочетать медицинскую помощь с помощью других служб, таких как социальные и общинные службы, чтобы обеспечить семье помощь, в которой они нуждаются.

*«В подходе, в центре которого стоит семья, признается, что качество жизни ребенка тесно взаимосвязано с качеством жизни семьи, в которой живет ребенок. Помощь и поддержка, оказываемая им индивидуально, может быть недостаточной для обеспечения максимально возможно лучшего качества жизни для ребенка, зараженного ВИЧ. Подход, в центре которого стоит семья, предлагает, что без решения проблем, которые влияют на*

---

<sup>28</sup> Kent, R., Iorpenda, K, & Fay, A. (2012) *Good practice guidelines for family-centred HIV programming*. International HIV/AIDS Alliance, p.9

*жизнь ребенка дома, таких как крайняя бедность или болезни у членов семьи, невозможно добиться лучшего качества жизни для ребенка»<sup>29</sup>*

### **Что вам необходимо знать**

- То, что поддержка, оказываемая семьям, способствует улучшению состояния здоровья детей и их социальной жизни.

### **Чему вам необходимо быть способным**

- Умению выявлять нужды семьи, которые влияют на состояние здоровья ребенка.
- Умению связать семьи с другими службами в общине, чтобы удостовериться, что семьи хорошо заботятся о своих детях.

## **6.10. ВАЖНОСТЬ ПРИВЯЗАННОСТИ МЕЖДУ РОДИТЕЛЕМ И РЕБЕНКОМ**

Тесные взаимоотношения (привязанность) между родителем и ребенком важны, потому что они:

- составляют основу благополучия ребенка<sup>30</sup>
- обеспечивают семью силой для преодоления трудностей (гибкость)<sup>31</sup>
- способствуют соблюдению семьей режима лечения (приема лекарств)<sup>32</sup>

Когда у ребенка имеется такое хроническое заболевание, как ВИЧ, родители переживают целый комплекс разных эмоций, включая тревогу, самобичевание и замешательство<sup>33</sup>. Если эмоции родителя оказывают влияние на то, как он обращается со своим ребенком, то очень важно предоставить родителям возможность выразить свои чувства в дружелюбной обстановке и в случае необходимости направить родителя за психологической помощью.

Кроме этого, матери, которые не могут вскармливать своих детей грудью, возможно, нуждаются в дополнительной поддержке и помощи, чтобы построить хорошие, основанные на привязанности, отношения со своим ребенком.

### **Как могут помочь посещения на дому?**

Посещения на дому как ничто другое помогают выявлять проблемы отсутствия привязанности между родителями и ребенком и способствуют в решении таких проблем, поскольку патронажный работник оказывается в естественной среде семьи.

Мероприятия, которые могут помочь в решении проблемы с привязанностью, включают в себя элементы, стимулирующие мать:

- Держать ребенка в своих объятиях во время кормления
- Играть с ребенком
- Читать ребенку

---

<sup>29</sup> Kent, R., Iorpenda, K. & Fay, A. (2012) *Good practice guidelines for family- centred HIV programming*. International HIV/AIDS Alliance, p.7

<sup>30</sup> Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss, Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.

<sup>31</sup> Masten, A.S. (2010) *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

<sup>32</sup> Simoni, J.M., Amico, K.R., Pearson, C.R., Malow, R. (2008) *Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: A review of the literature*. *Current Infectious Disease Reports*, 10, 515–521.

<sup>33</sup> Smith, J., Cheater, F. & Bekker, H. (2015) *Parent's experiences of living with a child with a long term condition: A rapid structured review of the literature*. *Health Expectations*, 18(4),452-474.



Патронажный работник может использовать данные методы во время своих посещений и призвать мать присоединиться для совместных усилий. Рекомендуем, часть времени, во время которого патронажный работник находится у пациента, уделить взаимодействию с ребенком и заняться с ним каким-нибудь полезным занятием, подходящим ему по возрасту.

### **Что вам необходимо знать**

- Тесные взаимоотношения между родителем и ребенком важны для здоровья ребенка;
- Такие эмоции, как чувство вины и стыда, могут отразиться на взаимоотношениях родителя и ребенка.

### **Что вы должны уметь сделать**

- Выявить плохую привязанность между ними (см. модуль по привязанности);
- Построить позитивное взаимодействие с ребенком.

### **Важность понимания ребенком своего состояния и важность игры**

Как взрослые, мы иногда забываем о том, что дети сами управляют своими телами и что у них есть право знать, понимать и участвовать в мероприятиях, направленных на охрану их здоровья.

*«Важно, чтобы специалисты осознавали маргинализированное положение детей и молодых людей. Права детей и молодых людей должны уважаться путем предоставления им права голоса.»<sup>34</sup>*

Дети могут, а иногда в действительности отказываются принимать лекарства и отказываются от медицинских процедур, если им от них неприятно и у них имеются побочные действия. Следующие факторы могут помочь детям принять, а затем придерживаться соблюдения медицинских предписаний (например, непрерывного и своевременного приема лекарств).

1. Понимание, почему им необходимо принимать лекарства;
2. Чувство контроля над медицинской процедурой;
3. Тесные взаимоотношения с родителем(-ями).

Система вознаграждения может работать короткий период (например, чтобы начать давать ребенку лекарства, может быть эффективной «звездная таблица»), но если применяется более продолжительный период, со временем она теряет былую эффективность. Принуждение неприемлемо, к тому же оно не будет работать долго.

### **Когда лучше начать помогать ребенку в понимании своего состояния здоровья**

Если ребенок начинает задавать вопросы о лекарствах или отказывается принимать их, является хорошей идеей начать помогать ребенку понять, почему он нуждается в лекарствах.

Одним из вызовов при работе с очень маленькими детьми с ВИЧ является нахождение путей помощи им в понимании своего состояния таким образом, чтобы это, учитывая их возраст, работало. Кроме того, многие родители обеспокоены перспективой сообщения своему ребенку о наличии у него ВИЧ из-за таких явлений, как стигма и дискриминация, с которыми может столкнуться их ребенок, если его статус вдруг окажется раскрыт. Рекомендация ВОЗ относительно раскрытия ВИЧ-статуса гласит:

---

<sup>34</sup> Miah, J., et al. (2004). Talking With Children, Young People and Families About Chronic Illness and Living With HIV. London: National Children's Bureau WHO (2011), p 8.

*«Детям школьного возраста следует сообщить о наличии у них ВИЧ-инфекции. Детям помладше следует сообщить об этом по готовности, постепенно подготавливая их познавательные навыки и эмоциональную готовность.»<sup>35</sup>*

На практике это означает, что большинство семей не сообщают своим детям, не достигшим 6 летнего возраста, о наличии у них ВИЧ. Тем не менее, будет полезно помочь ребенку понять, как функционирует его тело и такие факторы, как лекарства, здоровая пища и забор крови для анализа, которые будут способствовать сохранению его здоровья.

Перед тем как начать работать с ребенком, объясните родителям, почему полезно помочь ребенку понять мероприятия, которые направлены на охрану его здоровья. Выслушайте их опасения, позвольте им ознакомиться с доступным материалом по работе с детьми и согласуйте совместно с ними темы для обсуждения с ребенком. Родители должны всегда присутствовать, когда вы работаете с ребенком.

*Как помочь детям понять*

*«Дети дошкольного возраста и младенцы (2–7 лет): У очень маленьких детей в отношении болезней могут быть нелогичные, даже абсурдные суеверия, например, «люди простужаются от поцелуев пожилых женщин.» Им легче понять объяснения вроде «в крови есть хорошие ребята и плохие ребята»<sup>36</sup>.*

Игра является очень важным способом, который дети очень часто используют в своем мире. Они используют игру для того, чтобы узнавать окружающий его мир и обрабатывать полученный опыт. Игра может быть очень полезным инструментом для работы с детьми.

**Сказка «Витаминка»** - это пример позитивного, игрового подхода к тому, как помочь детям понять, что такое ВИЧ-инфекция и взять на себя ответственность за прием лекарств. Она состоит из видеоролика, книги и календаря, который ребенок может раскрашивать по мере приема лекарств. Материал дает патронажному работнику, приемлемым для этого возраста способом, возможность услышать, что думает ребенок и какие у него есть вопросы, на которые нужно ответить. Если способствовать тому, чтобы родители использовали этот материал, это также даст им возможность построить более тесные взаимоотношения со своим ребенком. В нем не используются такие термины, как ВИЧ или СПИД.

Информация о том, где достать книжку со сказкой «Витаминка» и ряд других книг, включена в раздел под названием «Ресурсы для родителей и ребенка».

#### **Что вам необходимо знать**

- Какие игровые, увлекательные средства и методы доступны, чтобы способствовать приему детьми лекарств и помочь детям понять вопросы, касающиеся его здоровья.

#### **Что вы должны уметь делать**

- Выслушать тревоги родителей
- Обсудить с семьей вопрос, почему важно помочь их ребенку понять, как функционирует его тело и как оставаться здоровым;

---

<sup>35</sup>WHO (2011). Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. World Health Organization, 28

<sup>36</sup> Miah, J., et al. (2004). Talking With Children, Young People and Families About Chronic Illness and Living With HIV. London: National Children's Bureau WHO (2011), p 10.

- Быть готовым посмотреть и прочитать такую сказку «Витаминка» вместе с ребенком и его семьей;
- Быть способным услышать мысли и вопросы ребенка и понять его чувства;
- Быть способным ответить на вопросы ребенка относительно книжки и видеоролика так, чтобы это было достаточно легко для понимания семьи;
- Объяснить ребенку, что ему необходимо принимать лекарства каждый день и как пользоваться календарем;
- Используя творческий подход, придумывать новые способы использования игр, чтобы помочь ребенку понять свою болезнь и лучше справляться с приемом лекарств.

### **Важно помнить, что у родителей тоже есть потребности**

Если у ребенка есть ВИЧ-инфекция, вероятно, что ВИЧ есть и у одного или обоих его родителей. Иногда так много внимания обращается на потребности ребенка, а потребности родителя забываются. Кажется очевидным, но тем не менее, что *депрессия, болезнь и смерть* родителя скорее всего отразится на благополучии ребенка, больше чем что-либо другое. Поэтому, очень важно учитывать потребности всей семьи при посещениях семей на дому.

В результате исследований, посвященных детям, которые живут с хроническими состояниями, такими как ВИЧ-инфекция, обнаружено, что родители нуждаются в помощи и поддержке в том, чтобы:

1. Справляться с состоянием своего ребенка;
2. Держать свою семью сплоченной;
3. Поддерживать социальные связи <sup>37</sup>.

Кроме этого, родители, у которых самих ВИЧ, нуждаются в помощи и поддержке, чтобы лучше справляться с физическими и психологическими аспектами своей собственной болезни.

### **Как могут помочь посещения на дому?**

- При посещении пациентов на дому, важно следить за физическим и психологическим состояниями здоровья родителей и выявлять всякие потребности, которые у них имеются. Всегда направляйте их к врачу-инфекционисту, если вы обеспокоены и у вас есть на то основания.
- Помогите семье интегрировать медицинские мероприятия, связанные с ВИЧ-инфекцией, в их повседневную жизнь таким образом, чтобы это добавляла стресса.
- Поддержите семьи, переживающие напряженность и конфликты в семье, чутким отношением и внимательным выслушиванием.
- Свяжите семьи с местными группами поддержки, состоящими из сверстников ребенка.

## **6.11. ВАЖНОСТЬ ДОБРОГО ОТНОШЕНИЯ, ОТКРЫТОСТИ И ОТСУТСТВИЯ ОСУЖДЕНИЙ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВКЛЮЧАЯ СЕМЬИ В ТЯЖЕЛЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ**

---

<sup>37</sup> Smith, J., Cheater, F. & Bekker, H. (2015) *Parent's experiences of living with a child with a long term condition: A rapid structured review of the literature*. Health Expectations, 18(4),452-474.

Когда мы работаем с населением, мы встречаемся с разными людьми. Не все поступают так, как мы, или принимают такие же решения, какие принимаем мы. И все же, нам нужно отложить в сторону наши личные взгляды и работать с семьями, чтобы помочь их детям.

*«Для того, чтобы эффективно работать с семьями, нам следует придерживаться следующих ключевых принципов:*

- 1. Все семьи имеют мечты касательно своих детей и желают им наилучшего.*
- 2. Все семьи могут способствовать и поддерживать обучение и развитие их ребенка.*
- 3. Семьи и патронажные работники должны быть равноправными партнерами.*
- 4. Основная ответственность за построение партнерства между программами и семьями лежит на специалисте ДВ<sup>38</sup>.*

Очень важно разузнать у самих родителей, вместо того, чтобы позволить себе негативные допущения о родителях и причинах их поступков. Когда мы действуем на основании своих домыслов, мы перестаем рассматривать ситуацию реалистично и действовать в наилучших интересах семьи. Например, если мы позволим себе, глядя на родителей, самим домыслить, что они не приходят в поликлинику по причине лени, невежества, безразличного отношения к здоровью ребенка, то мы также позволим себе позвонить семье и отругать их. Возможно данный способ позволит добиться прихода семьи в поликлинику, а может и не сработает.

Но если мы спросим семью, то возможно узнаем, что мама была очень больна и не могла встать с кровати. В таком случае мы можем организовать посещение семьи на дому, чтобы помочь маме, и постараться найти человека, который бы отвел ребенка в медицинское учреждение. Возможно, мы также узнаем, что мама не заботится о своем собственном здоровье и нуждается в срочном осмотре ее врачом-инфекционистом.

Даже если мы не согласны с выбором и поступками, которые допускают некоторые родители, мы должны с уважением относиться к ним как к людям и стараться понять их ситуацию. Некоторые из родителей, с которыми мы будем работать, находятся в уязвимом положении и, возможно, сами имели в прошлом травмирующий опыт. Также необходимо поддерживать и помогать родителям, чтобы у них была больше возможностей в свою очередь поддерживать своих детей.

Некоторые группы людей подвержены большому риску заражения ВИЧ:

- Употребители инъекционных наркотиков
- Заключенные
- Мужчины-гомосексуалисты
- Секс работники
- Трудовые мигранты.

Если среди тех, с кем вы работаете, в семье есть представители из вышеперечисленных групп, можно обратиться в НПО, которое работает с данной группой, и получить материалы и тренинги, которые помогут лучше понять и помочь таким группам в их ситуации.

---

## **ЧТО ВАМ СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ**

- Проблемы, с которыми сталкиваются семьи;

---

<sup>38</sup> Henderson AV, Mapp, KL & Davies D. 2007. Beyond the bake sale: The essential guide to family–school partnerships. New York: The New Press. <http://www.parentinvolvementmatters.org/articles/bake-sale.html> in UNICEF (2016) *Module 11 Working Against Stigma and Discrimination*, Step by Step International: Home visiting modules p17.

- Дополнительные материалы о том, как, при необходимости, помочь и поддержать каждую семью.

### **ЧТО ВЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ СДЕЛАТЬ**

- Уважительно относиться к мнению, навыкам и опыту всех родителей в отношении их ребенка;
- Помочь семье обозначить результат, который они хотят достичь в отношении своего ребенка, и какими навыками и ресурсами они располагают, чтобы помочь ребенку;
- Подумать, каким образом ваши услуги могут наилучшим образом отвечать нуждам каждого конкретного ребенка и семьи;
- Быть открытыми по отношению ко всем семьям и не осуждать их;
- Предоставлять помощь и поддержку как детям, так и родителям.

### **6.12. ВАЖНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СЕМЬЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА И ПОЛУЧЕНИЕ У НИХ РАЗРЕШЕНИЯ**

Семьи бывают разные. Некоторые семьи получают много поддержки, другие не получают ничего. У кого-то будет семья и друзья, которые знают, что у него ВИЧ. Другие вообще об этом никому не говорят. Наша роль заключается в том, чтобы обеспечить получение каждой семьей необходимой поддержки и услуг, которые необходимы им, чтобы оставаться здоровыми. Это означает предоставление семьям возможности выбора при всякой возможности. Мы не можем предоставлять семьям возможность выбора во всем, но выбор может быть предоставлен им, например, в следующих случаях:

- Время и день посещения медицинского учреждения
- Посещения на дому или посещение медучреждения
- Посещение районных поликлиник или областного СПИД центра

Мы не должны принуждать семьи выбирать наиболее сложный для них вариант. Это означает, что мы должны получить их согласие, особенно если мы хотим внести изменения в наши услуги. Например, посещение на дому (патронаж) может быть новшеством для некоторых семей. Нам следует объяснить, почему посещения на дому могут помочь (например, вам не нужно будет ехать куда-то, легкость обеспечения конфиденциальности обсуждений в домашних условиях и т. д.), но затем мы должны спросить, нуждаются ли они в такой услуге или нет. Если они отвечают «Нет», те же услуги должны быть предоставлены в медицинском учреждении.

### **Что вам следует знать**

Что семья хочет и в чем нуждается для получения услуг

### **Что вы должны быть способны сделать**

- Поговорить с семьями и разузнать, чего они хотят, когда вы сделаете им какое-то предложение;
- Внимательно выслушать то, что они говорят;
- Спросить разрешения прежде чем менять способ предоставления услуг.

### **Приложение 1 Домашние визиты**

<b>Время посещений и требуемый специалист</b>	<b>Цель</b>	<b>Мероприятия</b>	<b>Инструменты/ Ресурсы</b>	<b>Необходимая документация</b>

<p>Возможно потребуются 2 посещения сразу (в течение 48 часов) после постановки диагноза</p> <p><b>Медсестра-инфекционист или врач-инфекционист или психолог</b></p>	<p>- Чтобы помочь семье понять состояние их ребенка;</p> <p>- Чтобы помочь семье справиться с факторами, вызывающими дополнительный стресс.</p>	<p>- Внимательно выслушать родителей и ответить на любой их вопрос о заболевании и влиянии на их ребенка;</p> <p>- Уделить время на игру с ребенком; при этом нужно быть с ребенком открытым и дружелюбным.</p>	<p>- Умение и навыки внимательно выслушать;</p> <p>- «Позитивная жизнь».</p>	<p>- Регистрируйте каждое ваше посещение в соответствующем журнале;</p> <p>- Документируйте любые выявленные риски;</p> <p>- Документируйте все вопросы, возникшие у семьи, на которые у вас не было ответа;</p> <p>- Документируйте все ваши направления для дальнейших мер;</p> <p>- Документируйте план вашего следующего посещения.</p> <p><b>Для всего вышеперечисленного используйте стандартную форму отчетов</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• При начинании антиретровирусной терапии (АРТ) вплоть до 3 посещения;</li> <li>• Соберите информацию для составления плана лечения совместно с врачом в поликлинике;</li> <li>• По прошествии 2 недель начните проверять на наличие побочных действий АРТ и соблюдение пациентом</li> </ul>	<p>Чтобы научить семью самостоятельному у правильному приему их ребенком лекарственных средств:</p> <p>- Установите, какие факторы могут помочь семье соблюдать режим лечения;</p> <p>- Установите, какие могут существовать препятствия, которые будут мешать соблюдению режима лечения, и постарайтесь их минимизировать.</p>	<p>- Вместе с семьей пройдитесь по списку необходимых мер;</p> <p>- Помогите семье найти в семье и их общине людей, которые могут оказать поддержку;</p> <p>- Отслеживайте побочные действия лекарственных препаратов и соблюдение режима лечения; Направьте к инфекционисту в случае возникновения побочных действий и предоставьте рекомендации, которые помогут</p>	<p>- Список мер, которые необходимо выполнить до АРТ;</p> <p>- Алгоритм по предупреждению рисков;</p> <p>- Конфиденциальность и формы для регистрации соглашений о конфиденциальности;</p> <p>- Картографирование с выявлением имеющихся ресурсов в общине;</p> <p>- Практически</p>	<p>- Стандартная форма для регистрации:</p> <p>- План лечения;</p> <p>- Направления.</p>

<p>режима приема антиретровирусных препаратов;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте родителей информацией о нормальном развитии детей и проверьте, есть ли в семье атмосфера взаимной поддержки и доступны ли для семьи внешние ресурсы, способные оказать эмоциональную поддержку.</li> <li>• <b>Медсестра-инфекционист</b></li> </ul>		<p>продолжать соблюдать режим лечения;</p> <p>- Дайте совет, как оставаться здоровым.</p>	<p>е советы, которые помогут семье не забывать своевременно давать ребенку его лекарства;</p> <p>- Уход за детьми младшего возраста, у которых ВИЧ: гигиена, питание, вакцинация, лечение повреждений и травм</p> <p>- Книжки для детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• посвященные лечению: «Что умеешь...» и «Принцесса Саломат»;</li> <li>• посвященные гигиене: «Как я со слоником...»</li> <li>• посвященные участию в повседневных делах семьи: «Цирк для друзей».</li> </ul>	
<p>Семьи, в отношении которых установлено, что они нуждаются в</p>	<p>- Чтобы поддержать и помочь семье соблюдать предписанный режим лечения;</p>	<p>- Постоянно проверяйте, своевременно ли в семье принимают лекарства;</p> <p>- Обеспечьте</p>	<p>- «Фея Витаминка»;</p> <p>- Календарь;</p> <p>- Коробочки/контейнеры с</p>	<p>- Стандартная форма для регистрации;</p> <p>- Календарь, помогающий соблюдать режим</p>

<p>дополнительной поддержке</p> <p><b>Медсестра-инфекционист И/ИЛИ медсестра из центра семейной медицины в случае если статус открыт</b></p> <p><b>Если существуют факторы риска социального характера, можно также вовлечь в совместную работу социального работника или проконсультироваться у него.</b></p>	<p>- Чтобы помочь семье справляться с факторами, вызывающими дополнительный стресс.</p> <p>- Чтобы укрепить здоровье и благополучие ребенка;</p> <p>- Чтобы постоянно отслеживать состояние здоровья и общее</p>	<p>практическими рекомендациями в случаях если у семьи возникают трудности с надлежащим приемом лекарств или если ребенок отказывается их принимать;</p> <p>- Направьте к инфекционисту в случае возникновения побочный действий от лекарств;</p> <p>- Во время каждого посещения уделите время, чтобы выслушать родителей, расспросите, как у них дела и есть ли у них какие-то тревоги на счет их ребенка.</p> <p>- Расскажите семье о важности развития ребенка. Уделите время для общения с ребенком. Если ребенок достиг 18 месячного возраста, прочитайте ему в присутствии семьи интересные рассказы о том, как мыть руки и принимать лекарства. Поговорите с ними о книгах и порисуйте вместе с ними.</p> <p>- Донесите семье важность позволения ребенку участвовать в жизни местной</p>	<p>таблетками;</p> <p>- Нормативы комплексного подхода по целостному уходу за здоровьем и благополучием ребенка (IMCI);</p> <p>- Протоколы по работе с детьми в Кыргызской Республике;</p> <p>- Книги для детей;</p> <p>- Внимательное выслушивание/ мотивирующее собеседование;</p> <p>- Книги для детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• посвященные приему лекарств: «Что умеешь...» и «Принцесса Саломат»;</li> <li>• посвященные вопросам гигиены: «Как я со слонем...»;</li> <li>• посвященные участию в повседневных делах семьи: «Цирк для</li> </ul>	<p>приема лекарств;</p> <p>Регистрация направлений для дальнейших мер в форме для регистрирования;</p> <p>- Стандартная форма для</p>
--	--	---	--	---



	<p>благополучие ребенка.</p>	<p>общины. Прочитайте книгу «Цирк для друзей».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Помогите семьям найти способы, с помощью которых они могут справиться с такими явлениями, как стигма и социальная изоляция, при их возникновении;</li> <li>- Свяжите семью с семьями с такой же проблемой;</li> <li>- Регулярно отслеживайте изменения в окружении ребенка, которые могут отразиться на способности семьи оказывать ему поддержку и соблюдать своевременный прием лекарств (например, развод, переезд, начало посещения ребенком детского сада);</li> <li>- Совместно с врачом и семьей обсудите и найдите решения на такие вызовы, как, как управлять факторами, ведущими к дополнительному стрессу, и соблюдать режим лечения в новой обстановке.</li> <li>- Внимательно отслеживайте динамику</li> </ul>	<p>друзей».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Руководство для мониторинга развития ребенка (GMCD);</li> <li>- Уход за детьми младшего возраста, у которых ВИЧ;</li> <li>- Алгоритм для оценки вероятности возникновения разных рисков;</li> </ul>	<p>регистрация;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Регистрация направлений для дальнейших мер в форме для регистрации;</li> </ul>
--	------------------------------	---	--	---

		<p>развития ребенка;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Направьте к педиатру и инфекционисту в случае необходимости;</li> <li>- Постоянно отслеживайте такие факторы риска, как бедное положение семьи, депрессия у родителей, наркомания и алкоголизм, насилие в семье, насилие и пренебрежительное отношение к ребенку;</li> <li>- Направьте к врачу в случае необходимости.</li> </ul>		
<p>В случае если семья не придет в поликлинику:</p> <p><b>Медсестра-инфекционист</b></p>	<p>- Чтобы выявить факторы, которые влияют на способность семьи соблюдать предписанный режим приема лекарств, и оказать помощь и поддержку в случае необходимости.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Расспросите семью, по какой причине они не пришли в поликлинику;</li> <li>- Внимательно выслушайте их жалобы;</li> <li>- Помогите решить такие проблемы, носящие практический характер, как отсутствие транспорта;</li> <li>- Поменяйте время для их посещения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Список мер, которые необходимо выполнить до начала АРТ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Документируйте изменения, которые необходимо внести в план лечения;</li> <li>- Стандартная форма для регистрации.</li> </ul>
<p>Постепенное раскрытие статуса</p> <p>Детям до 5 лет, как правило, не сообщают о том, что у них есть ВИЧ. Скорее стараются</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Чтобы помочь ребенку понять состояние его здоровья;</li> <li>- Чтобы способствовать общему благополучию ребенка.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Работайте с ребенком, используя такие подходы с использованием театрализованных представлений, как «Фея Витаминка», чтобы:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «Фея Витаминка»;</li> <li>- Руководство ВОЗ по раскрытию статуса наличия того или иного заболевания;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Направьте к психологу в случае если об этом просит родитель;</li> <li>- Документируйте план стандартного посещения семьи на дому.</li> </ul>

<p>донести им, так чтобы они поняли, почему им нужно принимать лекарства.</p> <p>Если ребенок начнет задавать вопросы и родители захотят раскрыть ему его статус, их необходимо направить к психологу.</p> <p><b>Медсестра-инфекционист</b></p>		<p>1) помочь им понять потребность в сдаче ребенком крови для анализов и в приеме лекарств;</p> <p>2) у них было представление о том, как функционирует человеческий организм.</p> <p>- Обсудите ситуацию с психологом из центра СПИД, чтобы подобрать подход по возрасту ребенка;</p> <p>- Постоянно проверяйте ребенка на наличие у него признаков депрессии, грусти и других изменений в поведении.</p>	<p>- Психолог;</p> <p>- Центр СПИД.</p>	
---	--	--	---	--

## **Приложение 2. Список навыков и умений для целевого домашнего визитирования**

Список навыков и умений, которые необходимы для целевых посещений детей с ВИЧ на дому – другими словами, необходимые дополнительные тренинги для патронажных медсестер

Знание системы оказания медицинской помощи при ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике

Способность квалифицированно понять и доходчиво объяснить и взрослым, и детям следующее:

- как функционирует иммунная система;
- ВИЧ-инфекция/СПИД и его воздействие на детей;
- сопутствующие инфекции, негативно воздействующие на детей с ВИЧ;
- лечение и его побочные действия;
- как обеспечить соблюдение режима приема лекарств;
- рекомендации по гигиене по питанию

Профессиональное знание клинических признаков и способность выявить симптомы, указывающие на динамику прогрессирования болезни или сопутствующую инфекцию, чтобы направить их для дальнейших медицинских мер.

Помощь и поддержка в соблюдении предписанного режима лечения:

- способность выявить препятствия, мешающие соблюдению режима лечения, в конкретных семьях и работать совместно с семьями и другим медицинским персоналом в целях преодоления этих препятствий;
- знание ресурсов, имеющихся в местной общине, которые действительно доступны для семей и которые могут помочь соблюдать предписанный режим лечения.

Контролируемый процесс раскрытия статуса:

- знание о том, когда и куда направить семьи к психологу для психологической поддержки в период раскрытия статуса;
- способность поговорить с детьми о вопросах здоровья и применять методы с использованием театрализованных представлений и другие игровые методы, чтобы добиться лучшего понимания;

Построение устойчивости у семей для защиты от таких явлений, как стигма, дискриминация и социальная изоляция:

- способность внимательно выслушать личный опыт семьи и предоставить эмоциональную поддержку;
- способность взаимодействовать со всеми семьями в позитивном русле несмотря на тяжелый опыт семей;
- знание законов, имеющих отношение к ВИЧ и дискриминации;
- знание о местных группах семей с подобными проблемами, способных оказать поддержку;
- способность аккуратно донести информацию о ВИЧ другим членам местной общины

**План лечения**

Лекарственные средства и дозировка:

Частота приема:

В какое время принимать:

Специальные рекомендации по приему лекарств:

Лицо, ответственное за выдачу лекарств:

Дополнительное лицо, отвечающее за выдачу лекарств:

Рекомендации, содействующие поддержке поведения ребенка:

Лицо, отвечающее за то, чтобы забрать лекарства:

Место выдачи:

Дата и время выдачи:

Необходимая помощь при транспортировке:

Дата пересмотра схемы лечения:

Методы, помогающие не забывать о приеме лекарств:

Методы, помогающие не забывать о необходимости забрать лекарства и прийти на прием:

Дополнительная помощь, которую необходимо предоставлять:

**Контрольный перечень для для домашних визитов, если ребенок/мать имеет...**

ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАПИСЫВАТЬ И ПРЕДОСТАВЛЯТЬ КОМАНДЕ ИНФЕКЦИОНИСТОВ, НАБЛЮДАЮЩИХ ЗА КЛИЕНТОМ.

			Уточните
ЛЕЧЕНИЕ / ЗДОРОВЬЕ			
	№ таблеток		
1. Количество оставшихся таблеток для АРТ:			
Мать			
Отец			
Ребенок 1			
Ребенок 2			
Вопрос	Да	Нет	
2. Побочные эффекты			
3. Трудности с приемом лекарств.			
4. Признаки оппортунистических инфекций			

	Да	Нет	
ПСИХОСОЦИАЛЬН ЫЙ			
5. Вопросы родителей о состоянии			
6. Проблемы, связанные со стигмой/дискриминацией.			

Имя специалиста ДВ, специальность:	
Дата посещения:	
Подпись специалиста ДВ:	
Дата следующего посещения:	
План следующего посещения:	

## Приложение 4

### Практические идеи, помогающие вашему ребенку помнить о приеме своих лекарств

1. Если ваш ребенок достаточно большой, помогите ему понять, что лекарство помогает его организму оставаться здоровым. В этом вам помогут чтение или просмотр «Феи Витаминки»! Поиграйте с ребенком в «доктора», используя его мягкие игрушки или куклы. «Объясните» мягкой игрушке, почему ей нужно принимать лекарства, и пусть ребенок даст игрушке какое-нибудь игрушечное «лекарство».
2. Пусть ваш ребенок принимает участие в процессе отслеживания приема лекарства. Календарь «Фея Витаминка» будет для этого полезным способом. Кроме того, позвольте ребенку самому приклеивать картинку в календарь, каждый раз, когда он принимает лекарство.
3. Используйте упаковку с таблетками, чтобы было видно не пропустили ли вы прием какого-либо лекарства. Помните, что **ОЧЕНЬ** важно, чтобы ваш врач знал о том, что ваш ребенок пропустил прием лекарства, поэтому не выбрасывайте оставшиеся таблетки.
4. Звуковые сигналы и другие приложения в вашем телефоне являются полезным напоминанием о том, что настало время приема лекарства. Пусть ребенок сам выбирает звуковой сигнал.
5. Используйте свои повседневные ритуалы, чтобы напоминать себе о том, что вашему ребенку пора принять лекарство. Например, если вам нужно давать лекарство примерно в то же время, когда вы чистите зубы, то положите лекарство рядом с зубными щетками. (Не забудьте хранить лекарства вне досягаемости маленькими детьми, чтобы они случайно их не проглотили!).
6. Попросите других членов семьи напоминать вам о приеме лекарств. Если вы можете сказать своей семье, что у вашего ребенка ВИЧ, то они могут напоминать об этом вам и вашему ребенку.

### Что делать, если ваш ребенок не принимает лекарства

7. Дайте знать медсестре или инфекционному врачу о том, что ваш ребенок отказывается принимать лекарства и попросите совета.
8. Выясните, почему ваш ребенок отказывается от лекарств – может у них неприятный вкус? Или какие-либо неприятные побочные эффекты? Расскажите об этом своему врачу и спросите, есть ли другие лекарства, которые ваш ребенок мог бы попробовать.
9. Помогите ребенку понять, почему лекарства важны для его здоровья, используя для этого чтение книг, просмотр видеофильмов и игры, рассказывающие о том, как оставаться здоровым.
10. Используйте награждения за храбрость в приеме лекарств (например, наклеивайте картинки в календарь; когда наклейки надоедают, можно устраивать семейные пикники или просмотры фильмов).
11. Покажите, как вы сами принимаете лекарства - пусть ребенок видит, что вы принимаете лекарства, когда это нужно.

## Список литературы

1. Беззубик К. В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы: Учебное пособие / К.В. Беззубик; Под ред. Е.А. Сигиды. - М.: ИНФРА-М, 2011. - 168 с.
2. Васильева С. М. Социальные практики работы с детьми «группы риска» в общеобразовательном учреждении // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 12. 2011. Вып. 4. С. 399-403.
3. Закон КР «О гарантированных государственных минимальных социальных стандартах» от 26 мая 2009 года №170.
4. Закон КР «О профилактике правонарушений в Кыргызской Республике» от 25 июня 2005 года №82.
5. Положение о размещении ребенка вне семьи, утвержденное постановлением Правительства КР от 24 сентября 2013 года №522.
6. Типовое положение о Комиссии по делам детей, утвержденное постановлением Правительства КР от 24 декабря 2015 года №878.
7. Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденное постановлением Правительства КР от 22 июня 2015 года №391.
8. Положение о порядке проведения оценки потребностей населения в социальных услугах на местном уровне, утвержденное постановлением Правительства КР от 2 августа 2012 года № 535.
9. Положение о социальном работнике, утвержденное постановлением Правительства КР от 29 февраля 2012 года №157.
10. Типовое положение об Отделе по поддержке семьи и детей районного (городского) управления социальной защиты населения Министерства КР по социальной защите населения.
11. Типовое положение о комиссии по социальным вопросам при исполнительных органах местного самоуправления, утвержденное постановлением Правительства КР от 21 мая 2014 года №264
12. Типовые должностные инструкции работников органов местного самоуправления айлов и поселков КР, утвержденных постановлением Правительства КР от 23 февраля 2004 года №91.
13. Закон КР «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике» от 19 декабря 2001 года № 111.
14. Перечень гарантированных социальных услуг, оказываемых населению Кыргызской Республики. Утвержден постановлением Правительства КР от 27 мая 2011 года № 255.
15. Программа Правительства КР поддержки семьи и защиты детей на 2018-2028 годы от 14 августа 2017 года № 479.
16. Информация об итогах деятельности МТСП за 2016 г. и задачах на 2017
17. Кодекс КР о детях от 10 июля 2012 года №100.
18. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ИНФРА-М, 2012. - 534 с.
19. ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ о социальном обслуживании на дому. Утверждено Постановлением Правительства КР от 5 июля 2011 года №365.
20. Фирсов М. В., Шапиро Б. Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002 с. 192 с.
21. Blasini I et al. (2004). Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: Design, implementation, and evaluation. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 181–189.
22. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.



23. CHIVA (2017). *CHIVA standards of care for infants, children and young people with HIV including infants born to mothers with HIV*.  
[https://www.chiva.org.uk/files/8015/0642/1695/CHIVA\\_STANDARDS\\_2017.pdf](https://www.chiva.org.uk/files/8015/0642/1695/CHIVA_STANDARDS_2017.pdf)
24. Kent, R., Iorpenda, K. & Fay A. (2012). *Family-centred HIV programming for children with HIV: A good practice guide*. International HIV/AIDS Alliance.
25. Miah, J., et al. (2004). *Talking with children, young People and families about chronic illness and living with HIV*. London: National Children's Bureau.
26. Ministry of Health, Kyrgyz Republic (2015). *Clinical Protocols for HIV/AIDS*.
27. Masten, A.S. (2010). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
28. Simoni, J.M., Amico, K.R., Pearson, C.R., Malow, R. (2008). Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: A review of the literature. *Current Infectious Disease Reports*, 10, 515–521.
29. Smith, J., Cheater, F., Bekker, H. (2015). Parents experience of living with a child with a long term condition: a rapid structured review of the literature. *Health Expectations* 18 (4), 452-474.
30. UNICEF (2016). *Step by Step International Home Visiting Modules*.
31. UNICEF (2016). *Adolescents living with HIV: Developing and strengthening care and support services*.
32. World Health Organisation (2011). *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age*.
33. WHO/UNICEF (2014), *Integrated Management of Illness in Children: Chart Booklet*.
34. WHO. *Pocket book hospital care for children. Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition*.
35. WHO (2013) *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*.
36. WHO (2016) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection Recommendations for a Public Health Approach (2<sup>nd</sup> ed.)*
37. WHO (2017) *Consolidated guidelines in person centred HIV patient monitoring*.