



**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

**ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
У СФЕРІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ**

## **ВИПУСКНА РОБОТА**

на тему:

**«Організація та реалізація заходів медичного, біологічного та психологічного захисту, санітарного та епідеміологічного забезпечення населення»**

слухача з короткострокового підвищення кваліфікації з питань цивільного захисту категорії: **«Завідувачі (заступники завідувачів), викладачі обласних та міст курсів удосконалення керівних кадрів навчально-методичних центрів цивільного захисту та безпеки життєдіяльності»**

»

Викладача обласних та міста Львів курсів удосконалення керівних кадрів 1 категорії Навчально-методичного центру цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Львівської області

**ПЕТІЙ Олени Георгіївни**

Перевірив: к. т. н., доцент  
(посада, вчений ступінь (звання), прізвище, ініціали)

Юрченко В. О.

КИЇВ, 2017

## **З М І С Т**

### **I. Вступ**

### **II. Основна частина**

#### **Питання:**

1. Організація медичного захисту в НС. Сили та засоби медичної служби і надання допомоги при НС. Державна служба медицини катастроф (ДСМК).
2. Біологічний захист населення. Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Організація лікувально-гігієнічних, протиепідемічних заходів.
3. Психологічний захист населення.

### **III. Висновки та пропозиції**

### **IV. Список використаних джерел**

## I. Вступ

Серед способів захисту населення у НС особливе місце займає медичний захист. Виходячи з досвіду, надзвичайні ситуації, як правило, призводять до масової загибелі людей та їх ураження. Для зменшення ступеня ураження необхідно приймати невідкладні заходи щодо надання медичної допомоги потерпілим. У разі НС природного або техногенного походження, як показує практика, умови для надання ураженим медичної допомоги у повному обсязі у місці катастроф майже завжди відсутні. Медичних працівників та лікувально-профілактичних закладів, що збереглися поблизу місця катастрофи, у більшості випадків явно недостатньо. Передислокація у стислі терміни необхідної кількості закладів охорони здоров'я практично неможлива, та й умови для її розгортання, як правило, відсутні. У зв'язку з цим нині визнано за доцільне розчленувати єдиний процес (медико-лікарську технологію) надання медичної допомоги та лікування за місцем та часом, тобто поєднати надання медичної допомоги з евакуацією за призначенням потерпілих, що складає зміст лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ).

У сучасних умовах міжнародної практики ліквідації медичних наслідків катастроф відомі дві основні системи ЛЕЗ: французька та англо-саксонська.

^ **Французька система ЛЕЗ** передбачає проведення в осередку катастрофи медичного розподілу уражених, надання їм першої медичної допомоги та евакуацію у спеціально підготовлені лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.

^ **Англо-саксонська система ЛЕЗ** спрямована на наближення медичної допомоги до осередку катастрофи. Безпосередньо в осередку або поблизу від нього проводиться медичний розподіл, надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги (з елементами спеціалізованої) з подальшою евакуацією післяопераційних потерпілих у відповідну лікарню для продовження лікування.

В Україні використовується змішана система ЛЕЗ, що поєднує принципи

лікування "на місці" з евакуацією за "призначенням".

Організація лікувально-евакуаційних заходів належить до одного з найбільш трудомістких видів діяльності охорони здоров'я під час ліквідації медичних наслідків НС. Принципи організації екстреної медичної допомоги постраждалим у системі ЛЕЗ відображають медико-соціальні особливості цього періоду і ґрунтуються на загальних положеннях охорони здоров'я населення. У цьому зв'язку для організації ЛЕЗ потерпілим під час НС виникла необхідність використання спеціально створеної системи лікувально-евакуаційних заходів та відповідних її формувань і закладів державної служби медицини катастроф, а також розробки форм та методів роботи служби.

## II. Основна частина

**Перше питання.** Організація медичного захисту населення в надзвичайних ситуаціях. Сили та засоби медичної служби і надання допомоги при НС. Державна служба медицини катастроф

Наданням медичної допомоги потерпілим займається медична служба ЦЗ, яка є спеціальною організацією в системі охорони здоров'я і призначена для медичного забезпечення населення, що постраждало внаслідок стихійного лиха, аварій та катастроф. Вона виконує наступні основні завдання:

- своєчасне надання потерпілому населенню усіх видів медичної допомоги та лікування потерпілих з метою їх повного одужання;
- попередження виникнення і розповсюдження серед населення масових інфекційних захворювань;
- забезпечення санітарного благополуччя населення та виключення несприятливих санітарних наслідків виробничих аварій та стихійного лиха;

Ці завдання вирішуються шляхом проведення комплексу організаційних, лікувально-профілактичних, лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Основними з них є:



- підготовка органів та установ охорони здоров'я до роботи в умовах великих виробничих аварій та стихійного лиха;
- організація і підготовка пересувних медичних формувань для проведення рятувальних робіт, а також підготовка медичних установ до лікування потерпілих і хворих;
- організація і проведення лікарняно-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередках ураження і на етапах медичної евакуації;
- навчання медичного персоналу з медичних питань;
- розробка планів підготовки органів і об'єктів охорони здоров'я до виконання заходів ЦЗ ;
- організація забезпечення формувань та установ медичної служби медичним, господарським і спеціальним майном;
- навчання населення вмінню надавати само- та взаємодопомогу при отриманні різних травм.

Для вирішення своїх завдань медична служба ЦЗ має відповідну структуру, яка забезпечує можливість їх виконання. Медична служба цивільного захисту організовується за територіально-виробничим принципом. Начальниками служби є: на об'єкті — старший медичний працівник об'єкта; у сільському районі — головний лікар центральної районної лікарні; у міському районі, місті, області — директор департаменту охорони здоров'я. Начальником медичної служби цивільного захисту держави є Міністр охорони здоров'я.

Начальник медичної служби ЦЗ несе відповідальність за підготовку всіх медичних формувань.

До медичних формувань відносяться:

а) медичні формування:

— санітарні пости, санітарні дружини, загони санітарних дружин, призначаються для надання першої медичної допомоги потерпілим;

б) спеціалізовані медичні формування:

— загони першої медичної допомоги, призначені для надання першої лікарської і невідкладної кваліфікованої медичної допомоги. Створюються у лікарнях, поліклініках, диспансерах, медико-санітарних частинах підприємств (146 чоловік в т. ч, 8 лікарів, 38 — середнього медперсоналу);

— бригади спеціалізованої медичної допомоги (2 лікаря + 2 м/сестри + машина), призначені для надання спеціалізованої медичної допомоги в осередках ураження. Створюються в клініках медичних інститутів, великих лікарнях, поліклініках, диспансерах. Декілька бригад (8—17) за основними профілями можуть об'єднуватись в загони спеціалізованої медичної допомоги;

— пересувні протиепідемічні загони, призначені для проведення протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів в осередках бактеріологічного ураження. Вони створюються на базі санітарно-епідеміологічних станцій, а також на базі інститутів епідеміології та мікробіології;

— спеціалізовані протиепідемічні бригади, призначені для робіт головним чином в осередках особливо небезпечних інфекцій. Створюються на базі спеціалізованих установ.

До медичних установ ЦЗ відносяться:

— лікарняні установи — профільовані лікарні, головні лікарні, сортувально-евакуаційні шпиталі;

— протиепідемічні установи медичної служби ЦЗ — санітарно-епідеміологічні станції;

— установи медичного забезпечення та служби крові — аптеки, склади медичного майна, станції та відділення переливання крові.

Організація медичної допомоги постраждалим та їх евакуація із осередків ураження здійснюється за принципом двоетапної системи лікарняно-

евакуаційного забезпечення. Суть цієї системи полягає у розподілі медичної допомоги за її видами і проведення послідовних заходів у поєднанні з евакуацією постраждалих з осередків ураження у профільовані медичні установи.

Медична допомога поділяється за видами:

— перша медична допомога має на меті підтримання життєдіяльності організму, боротьбу з ускладненнями ураження і підготовку постраждалих до евакуації з осередку ураження (надається у перші 30 хвилин після ураження);

— перша лікарська допомога, мета якої є профілактика і боротьба з ускладненнями уражень, відновлення і підтримання пошкоджених життєвих функцій організму та підготовка до евакуації у лікарняні заклади для надання спеціалізованої медичної допомоги (надається за 6—8 годин після ураження);

— спеціалізована медична допомога є найвищою формою медичної допомоги, під час якої проводяться медичні заходи відповідно до характеру ураження (оптимально надається за 2 доби з моменту ураження). Спеціалізована медична допомога поєднується з наступним стаціонарним лікуванням до повного одужання.

Згідно з прийнятою системою перша медична допомога в осередках ураження надається санітарними постами та дружинами, загонами санітарних дружин, а також населенням у порядку само- та взаємодопомоги. Не слід забувати, що надання цього виду допомоги має вирішальне значення для рятування потерпілих. Першу лікарську допомогу надають загони першої медичної допомоги, медичні підрозділи військових частин ЦЗ, які розгортаються в осередках ураження, або біля кордонів осередку.

Спеціалізована медична допомога надається в умовах стаціонарних лікарень. Санітарні пости створюються на всіх СГ та у житловому секторі з розрахунку — один на 150—200 працюючих. Санітарний пост складається з 4 осіб і оснащується згідно з табелем. Санітарні дружини є основним масовим формуванням, яке створюється на об'єктах (одна на 2000 осіб населення).



Санітарна дружина складається з 24 осіб та має 5 носилкових ланок по 4 особи. Загони санітарних дружин формуються на великих об'єктах, де є не менше 5 санітарних дружин. Перша медична допомога безпосередньо у районах стихійних лих і виробничих аварій повинна надаватись безперервно. Обсяг цієї допомоги і послідовність її надання визначаються в кожному окремому випадку залежно від обставин, кількості уражених і ступеня ураження, наявності сил та засобів.

До першої медичної допомоги відносяться:

- тимчасова зупинка кровотечі;
- накладання первинних пов'язок при ураженнях та опіках;
- іммобілізація при переломах кісток та значних пошкодженнях м'яких тканин;
- протишокові заходи;
- проведення штучного дихання;
- відновлення серцевої діяльності.

Після надання першої медичної допомоги уражених переносять до місця посадки на транспорт. Перенесення здійснюють носильні ланки, які надаються із рятувальних формувань. Перевезення здійснюється транспортом загонів першої медичної допомоги та інших формувань, які діють в осередку ураження.

Крім заходів, які проводяться в осередках ураження, планується та проводиться ще низка заходів медичного захисту. У сховищах і ПРУ організуються медичні пости та медичні пункти, для чого у складі ланок з обслуговування захисних споруд передбачаються медичні працівники. В захисних спорудах місткістю до 150 осіб — 2 сандружинниці, 150—600 осіб — 1 фельдшер і 2 сандружинниці, 600—1200 осіб — 1 фельдшер (лікар) і 4 сандружинниці, більше 1200 осіб — 1 лікар і 4 сандружинниці. У кожній захисній споруді передбачається наявність колективної аптечки та крім того, кожна сандружинниця має санітарну сумку, а на фельдшера і лікаря передбачається відповідний набір ліків. При проведенні евакуаційних заходів також



організується медичне забезпечення. До пунктів збору приписуються 2 - 3 фельдшери, або медичні сестри.

На шляхах пересування на кожен пішохідну колону, автоколонну або залізничний ешелон виділяються медичні працівники. На приймальних пунктах передбачаються медичні пункти у складі лікаря та 2-х медичних сестер. Медичне оснащення формувань здійснюється відповідно до таблиця забезпечення. До основних засобів медичного захисту для населення належать аптечки індивідуальні, що містять медичні засоби, призначені для профілактики та надання першої допомоги. Крім аптечки та пакету особовому складу формувань видається індивідуальний перев'язочний пакет (ІПП) для накладання пов'язок.

Збільшення кількості природних і техногенних катастроф, а також вивчення досвіду інших країн щодо організації і надання екстреної медичної допомоги при НС зумовили створення в Україні Державної служби медицини катастроф (ДСМК). Вона створена МОЗ, як функціональна підсистема ЄДС і є силами постійної готовності, особливим видом державної аварійно-рятувальної служби.

Положення «Про Державну службу медицини катастроф» № 827 затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року. В положенні розкриваються завдання, які покладені на ДСМК (Служби).

#### **Основними завданнями Служби є:**

- надання безоплатної медичної допомоги на догоспітальному і госпітальному етапах постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- ліквідація медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій;
- участь в організації комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у районах надзвичайних ситуацій, які здійснює санепідемслужба МОЗ України;

- організація взаємодії медичних сил, засобів та лікувальних закладів у сфері медичного захисту населення при виникненні надзвичайних ситуацій;
- координація роботи із забезпечення готовності органів охорони здоров'я, систем зв'язку та оповіщення до дій у надзвичайних ситуаціях;
- прогнозування медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та розроблення рекомендацій щодо здійснення заходів з метою зниження негативного впливу таких ситуацій;
- проведення збору та аналізу інформації про медико-соціальні наслідки надзвичайних ситуацій в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій;
- створення і раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів для здійснення заходів Служби на центральному і територіальному рівні;
- участь у підготовці та атестації медичних формувань та їх особового складу;
- проведення науково-дослідних робіт, пов'язаних з удосконаленням форм і методів організації надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій.

До складу Служби входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності, визначені МОЗ України за погодженням з Міноборони, МВС, Мінінфраструктури, ДСНС, обласними, Київською міською держадміністраціями.

До медичних сил, в першу чергу, відносяться формування до яких належать мобільні госпіталі, мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги, положення про які затверджуються МОЗ України.

Мобільні госпіталі (багатопрофільні чи однопрофільні) та медичні загони швидкого реагування, які створюються на базі лікувальних закладів Служби



медичних підрозділів відомчого підпорядкування і призначаються для надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги постраждалим за умов НС.

Мобільні загони, які формуються з декількох лікарсько-сестринських бригад із складу медичних працівників лікувальних закладів одного міста для надання невідкладної першої лікарської допомоги постраждалим на догоспітальному етапі.

Медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), що в повсякденних умовах функціонують в складі служби швидкої медичної допомоги системи охорони здоров'я, а при надзвичайних ситуаціях на території, яку вони обслуговують, виконують функції бригад постійної готовності першої черги територіального рівня.

Спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги, які формуються на базі центрів та закладів Служби (територіального та державного рівня) для посилення стаціонарних та мобільних лікувальних закладів другого етапу медичної евакуації, що забезпечує надання постраждалим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.

Спеціалізовані бригади утворюються, як правило, вузькопрофільними: хірургічного профілю (нейрохірургічні, політравматологічні, травматологічні, комбустіологічні, торакальні тощо), терапевтичні, гематологічні, реанімаційні, токсико-терапевтичні, психоневрологічні, педіатричні, акушерсько-гінекологічні тощо.

Лікувальними закладами другого етапу медичної евакуації, є відповідно визначені для цього МОЗ України за погодженням з територіальними органами виконавчої влади та відомствами, незалежно від галузевої підпорядкованості лікарні, госпіталі, науково-практичні центри тощо. До них як правило включаються лікарні швидкої медичної допомоги, міські та районні лікарні, відомчі стаціонарні лікувальні заклади, що в повсякденних умовах ургентно приймають хворих та постраждалих, а при підсиленні спеціалізованими



бригадами постійної готовності другої черги спроможні забезпечити надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги всім постраждалим.

Для забезпечення роботи сил Служби при закладах створюються відповідні запаси медичного обладнання та медикаментів.

При виникненні надзвичайних ситуацій, незалежно від їх масштабу, як правило, першими для надання медичної допомоги до осередку катастрофи прибувають і починають працювати згідно із своїми функціональними обов'язками бригади швидкої медичної допомоги (ШМД), які обслуговують населення даної території вони надають першу лікарську (фельдшерські бригади – долікарську ) допомогу постраждалим і евакуюють їх в стаціонарні медичні заклади.

Якщо ліквідувати медико-санітарні наслідки надзвичайної ситуації силами штатних бригад ШМД неможливо, то розгортаються сили першого етапу медичної евакуації. В район надзвичайної ситуації додатково до діючих штатних бригад ШМД направляються медичні бригади постійної готовності першої черги територіального рівня (а якщо вимагають обставини, то і державного рівня).

При неможливості забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої допомоги всім постраждалим діючими лікарняними установами, розгортаються лікувальні заклади другого етапу медичної евакуації. Ліжкофонд, що розгортається додатково, забезпечується запасами м'якого інвентарю, медикаментів, продуктів харчування, предметів догляду за хворими, медобладнання тощо. Спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги, що прибувають на посилення забезпечені майном за рахунок закладів до яких вони належать.

Координацію роботи служби на державному рівні здійснює Центральна координаційна комісія МОЗ України, а на територіальному рівні - територіальні координаційні комісії. Вони є постійно діючими дорадчими позаштатними органами, які створюються з метою погодження дій медичних сил різних

відомств в умовах надзвичайних ситуацій. До складу комісій входять представники усіх міністерств і відомств, відповідних рівнів Служби.

Головою центральної координаційної комісії є Міністр охорони здоров'я України, а територіальних координаційних комісій – директора департаментів, начальники управлінь, відділів охорони здоров'я відповідних адміністративних територій.

У компетенції координаційних комісій є узгодження:

- складу і порядку використання в НС медичних сил і засобів;
- програми розвитку Служби;
- планів медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення НС;
- заходів щодо удосконалення організаційної структури та функціонування Служби;
- планів заходів щодо забезпечення постійної готовності Служби до виконання покладених на неї завдань;
- заходів щодо підготовки фахівців, планів координації роботи стосовно створення і використання резервів, медичних і матеріально-технічних ресурсів.

Комісії здійснюють свої повноваження у взаємодії з центральними або місцевими органами влади та органами місцевого самоврядування.

Висновок: медичний захист ЦЗ – це сукупність заходів з охорони здоров'я особового складу формувань та населення, своєчасне надання медичної допомоги ураженим та хворим, їх евакуація та лікування, попередження виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань.

**Друге питання.** Біологічний захист населення, тварин і рослин. Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Організація лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних заходів

Особливе місце в роботі медичної служби займає захист населення від інфекційних хвороб.

**Інфекційні хвороби** це розлади здоров'я людей, що виникають внаслідок зараження живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибками, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Вони поділяються на:

**небезпечні інфекційні хвороби** - інфекційні хвороби, що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їх життя та здоров'я;

**особливо небезпечні інфекційні хвороби** - інфекційні хвороби (такі як чума, холера, жовта гарячка), що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значній кількості хворих, високим рівнем смертності, швидким поширенням цих хвороб серед населення.

Масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу називається **епідемією**.

В результаті розповсюдження інфекції утворюється **осередок інфекційної хвороби** - місце (об'єкт, територія), де виявлено джерело інфекції та відповідні фактори передачі інфекції.

Для запобігання розповсюдження інфекційних захворювань в осередку інфекційної хвороби встановлюється режим карантину або обсервації.

**Карантин** - адміністративні та медико-санітарні заходи, що застосовуються для запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб.

Карантин встановлюється та відміняється Кабінетом Міністрів України за поданням головного державного санітарного лікаря України. Рішення про встановлення карантину, а також про його відміну негайно доводиться до відома населення відповідної території через засоби масової інформації.

У рішенні про встановлення карантину зазначаються:

- ✓ обставини, що призвели до цього;
- ✓ визначаються межі території карантину;



- ✓ затверджуються необхідні профілактичні, протиепідемічні та інші заходи, їх виконавці та терміни проведення;
- ✓ встановлюються тимчасові обмеження прав фізичних і юридичних осіб та додаткові обов'язки, що покладаються на них.

### **Встановлення карантину передбачає:**

- повну ізоляцію осередку інфекційної хвороби;
- встановлення охорони на зовнішніх кордонах;
- заборону виходу людей, тварин та вивезення майна;
- дозвіл в'їзду лише спеціальним формуванням призначеним для проведення профілактичних та протиепідемічних заходів;
- заборону транзитного проїзду;
- розподіл населення на дрібні групи і доставку продуктів харчування, води по окремим квартирам та будинкам;
- припинення роботи всіх підприємств та установ, крім тих, які мають значення для життєзабезпечення населення;
- проведення профілактичних заходів серед населення та лікування хворих;
- проведення санітарної обробки населення, дезінфекції, дезінсекції, дератизації;
- використання засобів індивідуального захисту.

Об'єкти які продовжують роботу у зонах карантину переходять на особливий режим праці:

- робітники та службовці переводяться на казармене положення з виконанням протиепідемічних заходів;
- зміни розподіляються на окремі групи (наскільки можливо меншої чисельності), контактування між ними та вихід з приміщень забороняється;
- харчування та відпочинок організується по групах у спеціально відведених приміщеннях.

Особам, які виявили бажання залишити територію карантину до його відміни, необхідно протягом інкубаційного періоду відповідної хвороби перебувати в обсерваторії під медичним наглядом і пройти необхідні обстеження. Після закінчення терміну перебування в обсерваторії з урахуванням результатів медичного нагляду та обстежень їм видається довідка, що дає право на виїзд за межі території карантину.

Карантин встановлюється на період, необхідний для ліквідації епідемії чи спалаху особливо небезпечної інфекційної хвороби.

Коли інфекційна хвороба не відноситься до групи особливо небезпечних вводяться обмежувальні протиепідемічні заходи – режим обсервації.

Обмежувальні протиепідемічні заходи встановлюються місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування за поданням відповідного головного державного санітарного лікаря у разі, коли в окремому населеному пункті, у дитячому виховному, навчальному чи оздоровчому закладі виник спалах інфекційної хвороби або склалася неблагополучна епідемічна ситуація, що загрожує поширенням інфекційних хвороб. Обмеженням підлягають ті види господарської та іншої діяльності, що можуть сприяти поширенню інфекційних хвороб.

До ізоляційно – обмежувальних заходів можуть відноситися:

- максимальне обмеження в'їзду та виїзду;
- вивезення майна дозволяється тільки після обеззараження;
- посилення медичного контролю;
- обмеження масових культурно – просвітницьких заходів та інше.

Види і тривалість обмежувальних протиепідемічних заходів встановлюються залежно від особливостей перебігу інфекційної хвороби, стану епідемічної ситуації та обставин, що на неї впливають.

На територіях, де встановлено карантин, місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування надається право:

- залучати підприємства, установи, організації незалежно від форм власності до виконання заходів з локалізації та ліквідації епідемії чи спалаху інфекційної хвороби;
- залучати для тимчасового використання транспортні засоби, будівлі, споруди, обладнання, інше майно підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, необхідне для здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів, із наступним повним відшкодуванням у встановленому законом порядку його вартості або витрат, пов'язаних з його використанням;
- установлювати особливий режим в'їзду на територію карантину та виїзду з неї громадян і транспортних засобів, а у разі необхідності - проводити санітарний огляд речей, багажу, транспортних засобів та вантажів;
- запроваджувати більш жорсткі, ніж встановлені нормативно-правовими актами, вимоги щодо якості, умов виробництва, виготовлення та реалізації продуктів харчування, режиму обробки та якості питної води;
- установлювати особливий порядок проведення профілактичних і протиепідемічних, у тому числі дезінфекційних, та інших заходів;
- створювати на в'їздах і виїздах із території карантину контрольно-пропускні пункти, залучати в установленому порядку для роботи в цих пунктах військовослужбовців, працівників, матеріально-технічні та транспортні засоби підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, частин та підрозділів спеціально уповноважених центральних органів виконавчої влади з питань оборони, внутрішніх справ.

Карантин та обсервація відміняються з вичерпанням терміну максимального інкубаційного періоду даного інфекційного захворювання з моменту ізоляції останнього хворого, після заключної дезінфекції і санітарної обробки населення.

Біологічний захист населення включає:

- 1) своєчасне виявлення чинників та осередку біологічного зараження, його локалізацію і ліквідацію;



2) прогнозування масштабів і наслідків біологічного зараження, розроблення та запровадження своєчасних протиепідемічних, профілактичних, протиепізоотичних, протиепіфітотичних і лікувальних заходів;

3) проведення екстреної неспецифічної та специфічної профілактики біологічного зараження населення;

4) своєчасне застосування засобів індивідуального та колективного захисту;

5) запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів, обсервації та карантину;

6) здійснення дезінфекційних заходів в осередку зараження, знезараження суб'єктів господарювання, тварин та санітарної обробки населення;

7) надання екстреної медичної допомоги ураженим біологічними патогенними агентами;

8) інші заходи біологічного захисту залежно від ситуації, що склалася.

Висновок: медичний та біологічний захист передбачає своєчасне застосування профілактичних медичних препаратів та санітарно-епідемічних заходів, завчасне створення і підготовку спеціальних медичних формувань, накопичення медичних засобів захисту, медичного майна і техніки, здійснення контролю за станом довкілля, санітарно-гігієнічною та епідемічною ситуацією, якістю харчових продуктів, питної води і джерел водопостачання, навчання населення способам надання само та взаємодопомоги, дотримання правил відповідної санітарної гігієни та інше.

### **Третє питання. Психологічний захист населення**

1. Заходи психологічного захисту населення спрямовуються на зменшення та нейтралізацію негативних психічних станів і реакцій серед населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій і включають:

1) планування діяльності, пов'язаної з психологічним захистом;

2) своєчасне застосування ліцензованих та дозволених до застосування в

Україні інформаційних, психопрофілактичних і психокорекційних методів впливу на особистість;

3) виявлення за допомогою психологічних методів чинників, які сприяють виникненню соціально-психологічної напруженості;

4) використання сучасних психологічних технологій для нейтралізації негативного впливу чинників надзвичайних ситуацій на населення;

5) здійснення інших заходів психологічного захисту залежно від ситуації, що склалася.

2. Організація та здійснення заходів психологічного захисту населення покладаються на центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту.

Зростання числа екстремальних ситуацій (техногенних і природних катастроф, міжнаціональних конфліктів, терористичних актів) у нашій країні за останні роки диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати екстрену психологічну допомогу жертвам подібних ситуацій.

Так, лише протягом кількох останніх років на території нашої держави сталися такі резонансні надзвичайні ситуації, які залишились назавжди в пам'яті кожного із нас – серед них вибух боєприпасів в Новобогданівці Запорізької області, катастрофа літака у Львові (Скнилівська трагедія), вибух побутового газу у житловому будинку в м. Львові, повінь на Прикарпатті.

Тому не випадково, що психологічний захист населення і психологічне забезпечення діяльності служби цивільного захисту набуває одного з пріоритетних напрямків роботи в умовах надзвичайної ситуації, оскільки допомагає в критичний момент екстремальної ситуації постраждалому населенню, родичам загиблих, очевидцям події та і зрештою самим працівникам підрозділів ДСНС відчутти підтримку, емоційний захист, розділити біль втрати, зменшити прояви негативних психоемоційних станів та інколи навіть і запобігає виникненню соціального напруження в суспільстві.

Описати всі особливості надання невідкладної допомоги постраждалим людям неможливо. Для розгляду обрані тільки ті психічні реакції людей в



екстремальних умовах, які є особливо важкими й руйнівними по своїх наслідках для психіки людини, і у яких термінова допомога вкрай необхідна. Особливо необхідні знання в цій області для співробітників екстремального профілю діяльності, які найчастіше першими зіштовхуються з наслідками трагедій та першими спілкуються з потерпілими й свідками надзвичайної події. Від їхніх дій, уміння правильно побачити ситуацію буде залежати дуже багато чого в забезпеченні фізичної та психологічної безпеки оточуючих. Ми впевнені, що будь-яка людина, дотримуючись певних рекомендацій і володіючи інформацією про особистісні особливості потерпілого, зможе в певних обставинах надати йому першу психологічну допомогу. Дуже важливими є знання, як допомогти постраждалим безпосередньо після трагічної події, освоїти навички роботи з окремими наслідками психотравмуючих ситуацій. Це особливо важливо знати, для того, щоб вчасно визначити несприятливі психологічні стани й звернутися по допомогу до фахівця.

### **Відстеження та допомога під час зміни психічних станів**

Екстремальні ситуації викликають у людини сильний стрес, призводять до значної нервової напруги, порушують рівновагу в організмі, негативно позначаються на здоров'ї в цілому - не тільки фізичному, але і психічному. Кожна людина в таких ситуаціях реагує по-різному. Процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях має свою специфіку. Усе залежить від мети психологічного впливу: в одному випадку треба підтримати, допомогти; в іншому - варто припинити, наприклад, чутки, паніку; у третьому - провести переговори.

У потерпілого в надзвичайній ситуації можуть з'являтися реакції, викликані травмою - емоційним шоком, що розрізняються у динаміці психічних станів: страх; апатія; ступор; рухове збудження; агресія; нервові тремтіння; плач; істерика; паніка.

### **Психологічні рекомендації щодо поведінки співробітників екстремального профілю діяльності з постраждалим населенням**



1. Якщо Ви перебуваєте поруч із людиною, що одержала психічну травму в результаті впливу екстремальних факторів (при терористичному акті, аварії, втраті близьких, трагічному звістці й т.п.) **не втрачайте самовладання!**

2. Поведінка постраждалого не повинна Вас лякати, дратувати або дивувати. Його стан, вчинки, емоції - це нормальна реакція на ненормальні обставини. Подбайте про свою психологічну безпеку.

3. Не надавайте психологічну допомогу в тому випадку, якщо Ви цього не хочете (неприємно або інші причини). Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу **«Не нашкодь»!**

4. Не робіть того, у користі чого Ви не впевнені. Обмежтеся тоді лише співчуттям і якнайшвидше зверніться по допомогу до фахівця (психотерапевтові, психіатрові, психологові).

#### **Алгоритм перших дій:**

1. Оглянути місце події й переконатися, що може загрожувати Вам, й потім - що може загрожувати потерпілим.

2. Оглянути потерпілих й постаратися зрозуміти, чи є загроза життю постраждалих і якщо так, то від чого людина може вмерти прямо зараз.

3. Викликати фахівців (медиків, психологів, співробітників ДСНС тощо).

4. Залишатися з потерпілим до приїзду фахівців, намагаючись зберегти або поліпшити його стан доступними методами.

#### **Перша допомога при різних психічних станах:**

##### ***Марення й галюцинації:***

Критична ситуація викликає в людини потужний стрес, приводить до сильної нервової напруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'я в цілому - не тільки фізичному, але й психічному теж.

##### ***Ознаки:***

##### ***Марення:***

Неправильні уявлення або умовиводи, у помилковості яких потерпілого

неможливо переконати.

***Галюцинації:***

Потерпілий сприймає об'єкти, які в цей момент не впливають на відповідні органи почуттів (чує голос, бачить людей, відчуває щось, чого немає насправді).

До прибуття фахівців, стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі й навколишнім. Заберіть від нього предмети, що можуть представляти потенційну небезпеку.

Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного. Говорите з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати.

Потрібно пам'ятати, що у такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

***Апатія:***

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи (діяльності); або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли не вдалося когось урятувати, і вигин, що потрапив у лихо.

Навалюється відчуття втоми, таке, що не хочеться ні рухатися, ні говорити: рухи й слова даються на превелику силу.

У душі - порожнеча, незмога навіть на прояв почуттів. Якщо людину залишити без підтримки й не допомоги в такому стані, то апатія може перерости в депресію (важкі й болісні емоції, пасивність поведінки, почуття провини, відчуття безпорадності перед життєвими труднощами, безперспективність і т.д.). У стані апатії людина може перебуває від декількох днів до декількох тижнів.

***Ознаки:*** байдужне відношення до навколишнього, млявість, загальмованість, мова повільна, з більшими паузами.

***Перша допомога:***

Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих питань виходячи з

того, знайомий він Вам чи ні.

«Як тебе звуть?»),

«Як ти себе відчуваєш?»),

«Хочеш їсти?» і т.п.

Проводіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково знявши взуття). Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте потерпілому поспати або просто полежати.

Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, у суспільному транспорті й т.п.), то більше говоріть з ним, утягуючи його в будь-яку спільну діяльність.

### ***Ступор***

Ступор - одна з найдужчих захисних реакцій організму. Відбувається після найсильніших нервових потрясінь (землетрус, напад, жорстоке насильство й т.п.), коли людина затратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у нього вже немає.

Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Тому, якщо не надати допомогу, і потерпілий пробуде в такому стані досить довго, це приведе його до фізичного виснаження. Тому що контакту з навколишнім світом немає, потерпілий не помічає небезпеки й не починає дій, щоб її уникнути.

### ***Ознаки:***

Різде зниження або відсутність довільних рухів і мови, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.

### ***Перша допомога:***

Зігніть потерпілому пальці на обох руках і пригорніть їх до підстави долоні. Більші пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому крапки, розташовані на чолі, над



очима рівно посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями.

Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підбудуйте свій подих під ритм його подиху. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Пам'ятайте, необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Можлива напруга окремих груп м'язів.

### ***Рухове порушення***

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха й т.д.) настільки сильні, що людина просто перестає розуміти, що відбувається довкола неї. Вона не в змозі визначити де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити й приймати рішення, стає схожою на тварину, що бігає в клітці.

«Я побіг, а коли отямився, виявилось, що не знаю, де перебуваю».

«Я щось робив, з кимсь розмовляв, але нічого не можу згадати».

### ***Ознаки:***

Різкі рухи, часто безцільні й безглузді дії, ненормально голосна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо), часто відсутня реакція на навколишніх (на зауваження, прохання, накази).

Пам'ятайте, якщо не надати допомогу розлютованій людині, це приведе до небезпечних наслідків: через знижений контроль за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може заподіяти шкоду собі й іншим.

### ***Перша допомога:***

Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому пахви, пригорніть його до себе й злегка перекиньте на себе. Ізолюйте потерпілого від навколишніх. Зведіть до мінімуму кількість

навколишніх. Дайте потерпілому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися, або «побити» подушку).

Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з потерпілими, не обвинувачуйте його самого, а висловлюйтеся із приводу його дій. Інакше агресивне поведіння буде спрямоване на Вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Необхідно говорити: «Ти жажливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації».

Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями.

Агресія може бути погашена страхом покарання:

Масажуйте постраждалому «позитивні» крапки. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває (Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається.).

Не сперечайтесь з потерпілим, не задавайте питань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що ставляться до небажаних дій («Не біжи», «Не розмахуй руками"» «Не кричи»).

Рухове порушення звичайно триває недовго й може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивним поведінням.

### ***Агресія***

Агресивне поведіння - один з мимовільних способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому потерпілому й навколишнім.

### ***Ознаки:***

Роздратування, невдоволення, гнів (по будь-якому, навіть незначному приводу); нанесення навколишнім ударів руками або якими-небудь предметами, словесна образа, лайка; м'язова напруга; підвищення кров'яного тиску; якщо немає мети одержати вигоду від агресивного поведіння; якщо покарання строге й імовірність його здійснення велика.

## **Страх**

**Ознаки:** напруга м'язів (особливо м'язів обличчя); сильне серцебиття; прискорений поверхневий подих; знижений контроль власної поведінки.

Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, порушення, агресивне поведження. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

### **Перша допомога:**

Покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув Ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: **«Я зараз поряд, ти не один»**. Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Пам'ятайте, страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися зі страхом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

### **Нервові тремтіння**

Напевно, Ви спостерігали коли-небудь таку картину: людина, яка тільки що пережила аварію, напад або стала свідком події, учасником конфлікту (бойового зіткнення) сильно тремтить. З боку це виглядає так, начебто вона змерзла. Однак причина в іншому. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервові тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, у тілі, і викличе м'язові болі, а надалі може привести до розвитку серйозних захворювань як гіпертонія, виразка й ін.

### **Перша допомога:**

Потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше



він може сприйняти Ваші дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати. Тремтіння виникає раптово - відразу після інциденту або через якийсь час. Виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може удержати в руках дрібні предмети, запалити сірник). Реакція триває досить довгий час (до декількох годин). Потім людина відчуває сильну утому й має потребу у відпочинку.

### ***Не можна!***

Обіймати потерпілого або притискати його до себе

Укривати постраждалого чимось теплим

Заспокоювати потерпілого, говорить, щоб він взяв себе в руки

### ***Плач***

Кожна людина хоч раз у житті плакала. І кожний знає, що після того, як даси волю сльозам, на душі стає набагато легше. Подібна реакція обумовлена фізіологічними процесами в організмі.

Коли людина плаче, усередині в нього виділяються речовини, що володіють заспокійливою дією. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе.

### ***Ознаки:***

Людина вже плаче або готова розридатися; тремтять губи; спостерігається відчуття пригніченості; на відміну від істерики немає порушення у поведінці.

Пам'ятайте, не відбувається емоційної розрядки, полегшення, якщо людина стримує сльози. Коли ситуація триває дуже довго, внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному й психічному здоров'ю людини. Про такий стан говорять: «Збожеволів від горя».

### ***Перша допомога:***

Не залишайте постраждалого одного. Установити фізичний контакт із постраждалим (візьміть його за руку, покладіть свою руку йому на плече або

спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчутти, що Ви поруч.

Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе).

Періодично вимовляєте «ага», «так», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте й співчуваєте.

Повторюйте за постраждалим уривки фраз, у яких він виражає почуття; говоріть про свої почуття й почуття потерпілого.

Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати й виговоритися, «виплеснути із себе горе, страх, образи».

Не задавайте питань, не давайте рад.

Пам'ятайте, ваше завдання - вислухати.

### ***Істерика***

Істеричний припадок триває кілька годин або кілька днів.

#### ***Ознаки:***

Зберігається свідомість, надмірне порушення, безліч рухів, театральні пози, мова емоційно насичена, швидка, елементи, ридання.

#### ***Перша допомога:***

Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це не небезпечно для Вас.

Зненацька зробіть дію, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

Говоріть з потерпілим короткими фразами, упевненим тоном («Випий води», «Умийся»).

Після істерики настає занепад сил. Укладіть потерпілого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом. Не потурайте бажанням потерпілого.

### ***Реакція горя***

Реакція горя виникають у ситуації якої-небудь втрати (смерть близької

людини, тривала розлука, важкі операції, пов'язані з ампутацією й т.п.).

### **Фази горя:**

#### **1. Шок і заціпеніння -**

Тривалість цієї фази - від декількох секунд до декількох тижнів.

**Ознаки:** відчуття нереальності, збільшення емоційної дистанції від навколишніх; щиросердечне оніміння й нечутливість; малорухомість, що переміняється хвилинами метушливої активності; переривчастий подих, особливо на вдиху; втрата апетиту труднощі із засипанням, поява манери поведіння померлого (загиблого).

#### **2. Фаза страждання триває 6 - 7 тижнів**

**Ознаки:** відчуття присутності померлого; ідеалізування померлого; драгівливість; злість, почуття провини стосовно померлого; ослаблення уваги, неможливість на чому-небудь сконцентруватися; порушення пам'яті на поточні події; тривога; бажання усамітнитися; порушення сну; сексуальні порушення, млявість; відчуття, начебто порожньо в шлунку, кому в горлі; підвищена чутливість до заходів.

#### **3. Фаза прийняття – звичайно закінчується через рік після втрати**

**Ознаки:** відновлюється сон і апетит; втрата перестає бути головною подією в житті; іноді можуть бути гострі приступи горя; з'являється здатність планувати своє життя з урахуванням втрати.

#### **4. Фаза відновлення -**

**Ознаки:** горе змінюється сумом, втрата сприймається як щось немінуче.

**Хворобливі реакції горя** – можуть проявлятися не відразу після трагічних подій.

При їхній затримці виникають інші реакції: підвищується активність без почуття втрати; з'являються симптоми захворювань померлої людини; розвиваються хвороби «на нервовому ґрунті»; спостерігається апатія, безвільність; знижується самооцінка; виникає почуття власної неповноцінності; з'являються думки про самопокарання (самогубство).



## ***Смерть близької людини***

### ***Фаза шоку***

1. Не залишайте постраждалого одного.
2. Говоріть про померлого в минулому часі. Частіше доторкайтеся до постраждалого (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть його руку у свою).
3. Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він приймав їжу.
4. Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення. Залучайте потерпілого до організації похорону.
5. Не говорите «Від такої втрати ніколи не оправитися, тільки час лікує, на все воля Божа» тощо.
6. Переконаєте потерпілого по можливості відмовитися від психотропних засобів.

### ***Фаза страждання***

1. Дайте потерпілому можливість побути наодинці, відпочити. Не намагайтеся припинити плач, не заважайте проявляти злість.
2. Розмову про померлого переведіть в область почуттів. Дайте пити багато води (до двох літрів у день).
3. Забезпечте потерпілому фізичні навантаження (прогулянки по 45 хв.).
4. Вселяйте, що страждання буде не завжди, що все можна пережити, що втрата - це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах нема рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставитесь до потерпілого з увагою, але будьте з ним строгі.
5. Поясніте, що поховати близьку людину - це не те ж саме, щоб забути кохану людину.

### ***Фаза прийняття***

1. Переведіть розмову про померлого на тему майбутнього.
2. При хворобливих реакціях горя й „застрягання” на тривалий час у фазі страждання необхідна кваліфікована психологічна допомога.

### ***Зверніть увагу на страждаючого:***

Якщо є психічне захворювання, якщо людина втратила дитину, якщо померлий був єдиним родичем, якщо смерть наступила при нез'ясованих обставинах, тіло не було знайдено, загибель відбулася в результаті самогубства.

Якщо вчасно не надати допомогу, стан може привести до серцевих і інфекційних захворювань (тому, що різко знижується імунітет), нещасним випадкам, алкоголізму, депресії й іншим розладам. Від близьких людей, що пережили смерть, можна почути: «Не роз'ятрюй рану». Це найчастіше лише прикриття своєї нездатності говорити про те, що відбулося. Знайте: такий стан дуже небезпечний для здоров'я.

Пам'ятайте, чоловіки в скорботі піддаються більш великому ризику, чим жінки, тому що вони менш схильні говорити про свої проблеми із близькими.

При катастрофах, стихійних лихах, вибухах, аваріях людина може виявитися ізольованою.

Для людини, яка опинилася в завалі, будь-який зв'язок із зовнішнім миром стає дорожче золота. Тому дуже важливо розмовляти з потерпілим.

### ***Говорити необхідно голосно, повільно й чітко.***

Пам'ятайте, до медичної допомоги психологічна підтримка необхідна, коли людина ізольована.

### ***Допомога***

Повідомте потерпілого про те, що допомога вже йде. Підкажіть потерпілому, як необхідно поводитися:

- максимальна економія сил;
- подих повільний, неглибокий, через - це дозволить заощаджувати кисень в організмі й навколишньому просторі.

Забороніть потерпілому робити щось для самоевакуації, самозвільнення.

Пам'ятайте, якщо потерпілий звільнений з небезпечного місця, у першу чергу необхідно надати медичну допомогу (зупинити кровотечу тощо).

### ***Якщо постраждала Ваша близька людина.***

1. Постарайтеся створити умови для «задушевної» розмови. Це необхідно для того, щоб дати негативним почуттям, переживанням вийти назовні. Але ні в якому випадку не тисніть на людину, якщо вона проти.

2. Не відштовхуйте потерпілого, навіть якщо він відштовхує Вас. Продовжуйте надавати йому підтримку й виражати свою любов.

3. Якщо була вчасно надана психологічна допомога, негативні реакції слабшають. Можливо також самовгасання цих реакцій. Їхній прояв у перший місяць після трагічної події є нормою.

4. Але якщо негативні прояви зберігаються далі або з'являються через півроку, можна констатувати наявність ПТСР.

Керівництвом МНС було прийнято рішення про створення позаштатної мобільної групи екстреної психологічної допомоги. Робота групи регулюється Наказом МНС України (від 27.02.2008 р. № 148 Про створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги МНС). Мобільна група створюється за територіальним принципом розташування (Центральна, Західна, Південна ) і виконує такі функції:

- вивчення реального стану психотравмуючих чинників;
- профілактика негативних проявів і зняття психоемоційного навантаження на населення - надання рекомендацій представникам інших психологічних служб щодо подальшої роботи з постраждалим населенням.

У Львові створено декілька центрів психологічної допомоги населенню.

Висновок: досвід роботи при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, які відбувалися на території України показав, що існує необхідність у наданні невідкладної психологічної допомоги як рятувальникам, так і потерпілому населенню.

### **III. Висновки та пропозиції**

1. Зазначені медичні заходи дають можливість зменшити кількість людських втрат. Надати постраждалим медичну допомогу до повного їхнього



одужання.

2. Досвід показав, що зростання числа екстремальних ситуацій (техногенних і природних катастроф, міжнаціональних конфліктів, терористичних актів) у нашій країні за останні роки диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати екстрену психологічну допомогу жертвам подібних ситуацій. Львів пам'ятає Скнулівську трагедію: 76 людей загинули, багато людей потребувало екстреної медичної допомоги. Медики, рятувальники спрацювали на вищому рівні. А психологічна допомога в 2001 р. організована не була. Людей, які себе неадекватно поводити, відвозили до психіатричної лікарні. Їм призначали медикаменти. Тобто банальне медикаментозне лікування, хоча би могли обійтися і без таких методів, якщо б тоді з постраждалими працювали психологи.

#### IV. Список використаних джерел

1. "Кодекс цивільного захисту України" від 02.10.2012 р. № 5403-VI.
2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI.
3. Постанова КМУ від 11.06.2001 р. № 827 "Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф".
4. Постанова КМУ від 24.04.1999 р. № 696 "Про затвердження Правил санітарної охорони території України".
5. Постанова КМУ від 21.11.2012 р. № 1116 «Про затвердження Типового положення про центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».
6. Домедична допомога в умовах надзвичайної ситуації практичний посібник / Волянський П.Б., Гур'єв С.О., Долгий М.Л., Дрозденко Н.В., Іскра Н.І., Макаренко А.М., Х.- 2016 р. - 136 с.
7. Медичний та біологічний захист за умов НС навчальний посібник Близнюк М.Д., Волянський П.Б., Гафарова М.Т., Гур'єв С.О., Долгий М.Л.,

Іскра Н.І., Х.: 2016 р. - 64 с.

8. Медицина НС підручник Б.Д. Халмурадов, П.Б. Волянський - К.: Центр учбової літератури, 2016 р. – 208 с.