

**Створення дружніх
до дитини просторів
у закладах охорони здоров'я:
методичні рекомендації
для органів місцевого
самоврядування**

**Створення дружніх
до дитини просторів
у закладах охорони здоров'я:
методичні рекомендації
для органів місцевого
самоврядування**

**Вячеслав Козак
Євгенія Закревська
Олена Козлюк
Надія Величко**

УДК 614.2-053.2:159.9(477)(083.13)

K59

Уміщені у виданні інформація та матеріали є відкритими для використання, копіювання та поширення на території України за умови безоплатного розповсюдження для кінцевого споживача та обов'язкового посилання на авторів і правовласника.

Висловлені у цій роботі погляди належать авторам і можуть не відображати офіційну позицію органів державної влади України, партнерських організацій та БО «Українська освітня система».

Авторський колектив:

Козак В.І., голова правління ГО «KICAP», керівник проекту «Створення простору, дружнього до дитини, в Прилуцькій міській дитячій лікарні»;

Закревська Є.С., психологиня, арттерапевтка, коуч та тренерка з розвитку емоційного інтелекту;

Козлюк О.О., член правління ГО «KICAP», координаторка проекту «Створення простору, дружнього до дитини, в Прилуцькій міській дитячій лікарні».

Величко Н.С., комунікаційна менеджерка ГО «KICAP»

Рецензент:

Назаревич В.В., кандидатка психологічних наук, доцент, авторка програми психологічного супроводу «Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії».

K59

Створення дружніх до дитини просторів у закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації для органів місцевого самоврядування / В.І. Козак, Є.С. Закревська, О.О. Козлюк. – К. : KICAP, 2026. – 64 с.

ISBN 978-617-7777-01-3

Видання підготовлено в межах реалізації проекту «Створення простору, дружнього до дитини, в складних життєвих обставинах на базі Прилуцької міської дитячої лікарні», що впроваджується ГО «KICAP» за фінансової підтримки благодійної організації «Українська освітня платформа».

У методичних рекомендаціях висвітлено теоретико-правові, організаційні, архітектурні та психологічні засади створення просторів, дружніх до дитини, у закладах охорони здоров'я. Розкрито принципи формування дитячо-дружнього середовища, охарактеризовано ключові фактори стресу дитини під час перебування в лікарні та обґрунтовано доцільність застосування травмоорієнтованого підходу.

Описано практичні інструменти психологічної підтримки дітей, зокрема арттерапевтичні техніки, використання мобільного артнабору, формулу короткої сесії в палаті, а також казкотерапевтичні підходи. Розглянуто питання інклюзивності, універсального дизайну, вимоги до облаштування простору, підбору меблів, матеріалів та візуального середовища.

Окрему увагу приділено механізмам фінансування (зокрема через Програму медичних гарантій, соціальні послуги та грантові інструменти) та запропоновано практичну дорожню карту для органів місцевого самоврядування.

Видання призначене для фахівців органів місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я (дитячих лікарень, поліклінік, амбулаторій), практичних психологів, соціальних працівників, архітекторів, а також для викладачів, аспірантів та студентів вищих навчальних закладів, які цікавляться впровадженням дитячо-дружніх підходів у медичну практику.

Видання здійснено за підтримки БО «Українська освітня платформа».

Позиція БО «Українська освітня платформа» може не збігатись з думкою авторів.

УДК 614.2-053.2:159.9(477)(083.13)

© Козак В.І., Закревська Є.С., Величко Н.С., Козлюк О. О.

© KICAP, 2026

© Фото: Величко Н.С., Канавець О.В.

© Дизайн, KICAP

ISBN 978-617-7777-01-3

ЗМІСТ

Розділ	Назва	Стор.
	ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
	ВСТУП.....	6
Розділ 1	ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ СТВОРЕННЯ ПРОСТОРІВ, ДРУЖНИХ ДО ДИТИНИ	7
1.1	Поняття інклюзивності та підходу «дружній до дитини»: міжнародний контекст та українські реалії	7
1.2	Лікарня як стресогенне середовище: чому потрібні окремі дитячо-дружні простори.....	7
1.3	Зв'язок із Національною стратегією забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки.....	8
Розділ 2	ПРАВОВІ ТА НОРМАТИВНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДИТЯЧО-ДРУЖНИХ ПРОСТОРІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ	9
2.1	Міжнародні стандарти та рекомендації (ВООЗ, ЮНІСЕФ).....	9
2.2	Національне законодавство: огляд чинних нормативно-правових актів	9
2.3	Державні будівельні норми (ДБН) щодо інклюзивності та безбар'єрності	10
2.4	Можливості фінансування через Програму медичних гарантій та соціальні пакети.....	11
Розділ 3	ОРГАНІЗАЦІЯ ДИТЯЧО-ДРУЖНЬОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ	12
3.1	Базові принципи дитячо-дружнього середовища	12
3.2	Створення «куточків радості» в палатах та коридорах: вимоги до матеріалів та обладнання	13
3.3	Робота з батьками: розробка пам'яток та моделі спілкування	14
3.4	Ритуали безпеки для медперсоналу: вербальні та невербальні техніки підтримки.....	15
Розділ 4	ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ.....	17
4.1	Ключові фактори стресу для дитини в лікарні, потенційні наслідки тривалого стресу, базові принципи травмоорієнтованого підходу (trauma-informed care) у лікарні	17
4.2	Психологічна підтримка дітей, які залишилися без батьківського піклування, дітей з числа внутрішньо переміщених осіб, дітей, які пережили насильство, обстріли, евакуацію або інші травматичні події.....	18

4.3 Арттерапія як метод психологічної підтримки дитини в медичному закладі	21
4.4 Мобільний артнабір психолога	22
4.5 Формула короткої сесії в палаті.....	24
4.6 Практичний інструментарій: рекомендовані техніки та вправи	25
4.7 Казкотерапевтична техніка «Медик-ведмедик».....	35
Розділ 5	
ІНКЛЮЗИВНІСТЬ ТА УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН У ДИТЯЧО-ДРУЖНЬОМУ ПРОСТОРИ	39
5.1 Визначення функціоналу простору	39
5.2 Вимоги до ремонту та облаштування приміщення.....	39
5.3 Кольорова гама та візуальне середовище: психологічні аспекти.....	40
5.4 Базовий набір меблів, іграшок та матеріалів	41
Розділ 6	
ФІНАНСУВАННЯ ТА МОДЕЛІ СТІЙКОСТІ ПРОСТОРУ	43
6.1 Огляд джерел фінансування: місцеві бюджети, гранти, державні програми ..	43
6.2 Пакети НСЗУ для психологічної допомоги дітям	43
6.3 Отримання статусу надавача соціальних послуг	44
6.4 Дорожня карта для органів місцевого самоврядування: практичні кроки	45
Розділ 7	
Інформування відвідувачів про психологічну підтримку в медичному закладі	46
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50
ДОДАТКИ.....	52
Додаток А	
Приклад короткої інструкції для батьків «Як підтримати дитину в лікарні»	52
Додаток Б	
Приклад короткої інструкції для батьків «Коли ви поруч з дитиною в лікарні»	55
Додаток В	
Перелік рекомендованих матеріалів для мобільного артнабору психолога	57
Додаток Г	
Зразок карти стану дитини (кольорові сигнали)	59
Додаток Д	
Кейс м. Прилуки: досвід створення простору, дружнього до дитини.....	61

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Скорочення	Розшифрування
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДБН	Державні будівельні норми
КМУ	Кабінет Міністрів України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МСП	Міністерство соціальної політики України
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОМС	Органи місцевого самоврядування
ПДД	Простори, дружні до дитини (Child Friendly Spaces)
ПМГ	Програма медичних гарантій
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН (United Nations Children's Fund)

ВСТУП

Перебування дитини в медичному закладі часто стає джерелом сильного стресу, спричиненого болем, невідомістю, розлукою з близькими та зміною звичного ритму життя. В умовах війни, евакуації, втрати близьких або поранень рідних цей стресогенний ефект значно посилюється. Діти з уразливих груп – внутрішньо переміщені особи, діти, які залишилися без батьківського піклування, постраждали від насильства або воєнних дій – потребують особливої уваги та створення безпечних умов під час лікування.

Створення в медичних установах просторів, дружніх до дитини (Child Friendly Spaces, CFS), є одним із пріоритетних завдань реформи системи охорони здоров'я України. Відповідно до даних ЮНІСЕФ, у 2024–2025 роках в Україні було відновлено 77 таких просторів, які охопили понад 184 тисячі дітей і жінок у пріоритетних громадах. Дитячі точки «Спільно» з 2022 року прийняли 3 мільйони маленьких відвідувачів по всій країні.

Ці рекомендації розроблені для органів місцевого самоврядування з метою надання системної допомоги у створенні таких просторів. Вони охоплюють правові, організаційні, архітектурні, психологічні та фінансові аспекти, спираються на найкращі міжнародні практики ВООЗ/ЮНІСЕФ та враховують специфіку українського законодавства. Виконання цих рекомендацій сприятиме реалізації права кожної дитини на охорону здоров'я в безпечних, комфортних умовах, наближених до сімейних.

Цілі рекомендацій:

- Надання вичерпної інформації про нормативно-правову базу щодо створення просторів, дружніх до дитини.
- Визначення чітких вимог до планування, облаштування та функціонування таких просторів у медичних закладах.
- Надання практичних рекомендацій щодо організації психологічної підтримки дітей та їхніх батьків із застосуванням доказових методів.
- Визначення джерел фінансування та моделей сталого розвитку дитячо-дружніх просторів.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ СТВОРЕННЯ ПРОСТОРІВ, ДРУЖНІХ ДО ДИТИНИ

1.1. Поняття інклюзивності та підходу «дружній до дитини»: міжнародний контекст та українські реалії

Підхід «дружній до дитини» (Child Friendly Approach) базується на Конвенції ООН про права дитини (1989), яка визнає дитину суб'єктом права і зобов'язує держави забезпечити її всебічний розвиток, захист та участь у прийнятті рішень, що її стосуються. Інклюзивність є одним з ключових принципів, що передбачає створення середовища, доступного для кожної дитини незалежно від її стану здоров'я, інвалідності, віку чи соціального статусу.

Концепція «Лікарня, дружня до дитини» (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) була започаткована ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1991 році для підтримки грудного вигодовування. В Україні цю ініціативу впроваджено наказом МОЗ від 28.10.2011 № 715 «Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи "Лікарня, доброзичлива до дитини" в Україні». Відповідно до цього наказу визначено Критерії та Порядок оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини». Згодом концепція розширилася, охопивши створення дружнього середовища для всіх дітей, а не лише немовлят.

Ініціатива ЮНІСЕФ «Громада, дружня до дітей та молоді» спрямована на підтримку місцевої влади у реалізації прав дітей. Простір, дружній до дитини, визначається як безпечне та безбар'єрне середовище, де кожна дитина та її рідні можуть отримати підтримку у кризових ситуаціях, навчитися долати стрес та покращити своє психічне здоров'я.

В умовах гуманітарних криз, зокрема в Україні, ПДД є проміжними заходами, що використовуються для збільшення доступу дітей до безпечних умов та сприяння їхньому розвитку. Дослідження ЮНІСЕФ у Східній Азії та Тихоокеанському регіоні (2024) наголошують на необхідності інклюзивності та доступності таких просторів для дітей з інвалідністю, що має бути враховано при проектуванні в Україні.

В українському законодавстві поняття «дитина» визначене Законом України «Про охорону дитинства», який також закріплює принципи пріоритету сімейного виховання та забезпечення прав кожної дитини. Підхід «дружній до дитини» передбачає відхід від патерналістської моделі, де дитина є пасивним об'єктом турботи, до моделі, де вона є активним учасником процесу. Це вимагає змін у фізичному середовищі, комунікаціях персоналу та організації роботи закладу.

1.2. Лікарня як стресогенне середовище: чому потрібні окремі дитячо-дружні простори

Лікарня для дитини – це незнайомий простір, наповнений стресовими факторами: очікування болючих процедур, порушення звичного режиму, обмеження руху,

розлука з домом і друзями, велика кількість нових дорослих у білих халатах. Дослідження американської академії педіатрії (AAP, 2025) показують, що оптимальне відновлення після травм потребує саме травмоорієнтованого підходу, а психічні потреби дитини та її сім'ї повинні підтримуватися через скринінг та надання відповідних ресурсів.

В умовах війни в Україні ці чинники посилюються. Частина дітей має травматичний досвід обстрілів, евакуації, втрати або розлуки з близькими. Навіть звичайні звуки чи різкі рухи дорослих можуть активувати травматичні спогади та посилювати тривогу.

Саме тому потрібні окремі простори – місця короткого емоційного відновлення, де дитина може переключити увагу, відчути себе в безпеці та отримати підтримку. На відміну від традиційних ігрових кімнат, які часто мають суто розважальну функцію, дитячо-дружній простір має психологічне та терапевтичне навантаження. Він будується на принципах травмоорієнтованості, де кожен елемент – від кольору стін до алгоритму дій персоналу – працює на зниження стресу та створення передбачуваності.

За відсутності великих приміщень можуть бути організовані «куточки радості» в палатах чи коридорах, а також запроваджений формат «мобільного простору», коли фахівець з набором матеріалів приходить безпосередньо до ліжка дитини.

1.3. Зв'язок із Національною стратегією забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки

У листопаді 2024 року Кабінет Міністрів України схвалив Стратегію забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки. Метою стратегії є створення в громадах умов для реалізації кожною дитиною права на зростання в сімейному оточенні, розвитку сімейних форм виховання дітей.

Створення в медичних закладах просторів, дружніх до дитини, безпосередньо пов'язане з виконанням цієї Стратегії. Перебування дитини в лікарні не повинно призводити до її ізоляції від сім'ї. Дитячі простори мають бути відкритими для батьків, забезпечувати їхню участь у процесі лікування та підтримувати дитячо-батьківські стосунки навіть у стресових умовах.

Рекомендації враховують положення Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки (деінституціалізація), яка передбачає, що жодна дитина не повинна потрапляти до закладів інституційного догляду через відсутність підтримки в громаді.

Програма «Громада, дружня до дітей та молоді» є інструментом реалізації Стратегії на рівні ОМС. У таких громадах створюється дружнє середовище через надання послуг усім сім'ям. Посилення підтримки сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах, зростання доступу до якісних медичних послуг та психосоціальної допомоги дітям та батькам безпосередньо корелює зі створенням дитячо-дружніх просторів у лікарнях.

РОЗДІЛ 2.

ПРАВОВІ ТА НОРМАТИВНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДИТЯЧО-ДРУЖНІХ ПРОСТОРІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

2.1. Міжнародні стандарти та рекомендації (ВООЗ, ЮНІСЕФ)

Міжнародна нормативна база формує підґрунтя для створення ПДД в Україні. Ключовими документами є:

- **Конвенція ООН про права дитини (1989):** Ратифікована Україною, статті 24 (право на найвищий досяжний рівень здоров'я) та 27 (право на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального та соціального розвитку) є визначальними.
- **Рекомендації ВООЗ «Стандарти покращення якості допомоги для дітей та підлітків у медичних установах» (WHO, 2018):** Містять конкретні індикатори якості для дитячих лікарень, включаючи створення дружнього середовища, залучення батьків та психосоціальну підтримку.
- **Документ ВОЗ Євро «Права дітей у лікарні» (WHO Regional Office for Europe, 2017):** Акцентує на праві дитини на гру, навчання та участь під час перебування в лікарні, а також на важливості присутності батьків.
- **Керівництво ЮНІСЕФ «Інклюзивні та доступні простори, дружні до дитини, в гуманітарних діях» (UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, 2024):** Містить стандарти доступності для дітей з інвалідністю при створенні ПДД.
- **Концепція «Травмоорієнтованого догляду» (SAMHSA, 2014):** Пропонує принципи (безпека, надійність, прозорість, підтримка, співпраця, розширення прав і можливостей), які інтегровані в ці рекомендації.
- **Керівництво ВООЗ та ЮНІСЕФ «Baby-Friendly Hospital Initiative» (2018):** Хоча спочатку була зосереджена на грудному вигодовуванні, з часом розширилася до комплексної допомоги новонародженим та підтримки сім'ї.

2.2. Національне законодавство: огляд чинних нормативно-правових актів

Система національного законодавства, що регулює створення ПДД, включає закони, постанови КМУ та накази МОЗ. Основні з них:

- **Закон України «Про охорону дитинства»:** Визначає основні засади державної політики щодо дитинства, гарантує право на охорону здоров'я, забороняє дискримінацію, вимагає створення безпечних умов для розвитку.

- **Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:** Регулює організацію надання медичної допомоги дітям, наголошує на необхідності гуманного ставлення та врахування психологічних особливостей.
- **Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання соціальних послуг»:** Визначає механізм надання соціальних послуг, включаючи денний догляд для дітей з інвалідністю, та затверджує відповідні Державні стандарти.
- **Наказ МОЗ № 715 від 28.10.2011 «Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи “Лікарня, доброзичлива до дитини” в Україні»:** Закріплює статус та критерії оцінки закладів охорони здоров'я на відповідність цьому статусу.
- **Наказ МОЗ № 198 від 06.02.2024 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я»:** Визначає стандарти фізичної, інформаційної, комунікаційної та цифрової безбар'єрності для медзакладів.
- **Наказ МОЗ № 1500 від 29.09.2025 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення оцінки стану розвитку дитини раннього віку»:** Важливий для інтеграції ПДД у систему раннього втручання.
- **Наказ МОЗ № 2003 від 03.12.2024 «Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей»:** Визначає обов'язкові профілактичні огляди, під час яких ПДД можна використовувати для психологічної підтримки.
- **Наказ МОЗ № 1590 від 13.09.2024 «Про затвердження Критеріїв оцінювання фізичного розвитку дітей віком до 18 років»:** Важливий для моніторингу фізичного розвитку дітей.

2.3. Державні будівельні норми (ДБН) щодо інклюзивності та безбар'єрності

При облаштуванні ПДД необхідно дотримуватися наступних ДБН:

- **ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення»:** Основний документ, що забезпечує безбар'єрний доступ для всіх груп населення з інвалідністю. Містить вимоги до пандусів, дверей, ширини коридорів, санвузлів, тактильних покажчиків тощо.
- **ДБН В.2.2-10:2024 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення»:** Встановлює вимоги до проектування нових та реконструкції існуючих медичних закладів, включаючи площу палат, зон очікування, ігрових кімнат та інших приміщень з урахуванням потреб дітей.
- **ДБН В.2.2-4:2018 «Будинки і споруди. Заклади дошкільної освіти»:** Може слугувати джерелом натхнення для облаштування ігрових зон у ПДД.
- **Посібник ПРООН «Універсальний дизайн у медичних закладах» (2019):** Містить практичні рекомендації щодо організації простору, підбору меблів та обладнання, кольорової гами тощо.

Дизайн ПДД має ґрунтуватися на принципах Універсального дизайну: рівність у використанні, гнучкість у використанні, просте та інтуїтивно зрозуміле використання, доступна інформація, незначні фізичні зусилля, розмір і простір для підходу та використання.

2.4. Можливості фінансування через Програму медичних гарантій та соціальні пакети

Фінансування ПДД може здійснюватися за кількома напрямками:

- 1. Пакет НСЗУ «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального здоров'я»:** З 2025 року надає можливість фінансувати психологічну допомогу дітям, яка може надаватися працівниками ПДД.
- 2. Пакет НСЗУ «Медична допомога дітям, які потребують лікування та постійного спостереження» (2026):** Включає психологічний супровід для дітей з хронічними захворюваннями.
- 3. Соціальна послуга денного догляду дітей з інвалідністю (Державний стандарт МСП №119-Н від 05.04.2023):** Визначає зміст, обсяг, умови та порядок надання цієї послуги дітям віком від 3 до 18 років з інвалідністю або тяжкими захворюваннями. Медичний заклад може отримати статус надавача соціальних послуг та фінансування за цим стандартом.
- 4. Постанова КМУ №764 від 25.06.2025 «Про реалізацію експериментального проекту із закупівлі соціальної послуги з комплексного розвитку та догляду дітей з інвалідністю»:** Відкриває нові можливості для фінансування догляду та розвитку дітей з інвалідністю в ПДД.
- 5. Постанова КМУ №788 від 02.07.2025 «Про реалізацію експериментального проекту щодо запровадження договірної форми надання соціальної складової послуги раннього втручання»:** Дозволяє фінансувати послуги раннього втручання, які можуть надаватися в ПДД.
- 6. Грантові програми міжнародних організацій:** ЮНІСЕФ, ВООЗ, ПРООН, глобальний фонд «Здоров'я матерів та дітей» та інші періодично оголошують грантові конкурси для створення ПДД та підтримки психічного здоров'я дітей.
- 7. Місцеві бюджети та благодійні внески:** Найбільш стабільне джерело для покриття поточних витрат та часткового фінансування облаштування простору.

РОЗДІЛ 3.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДИТЯЧО-ДРУЖНЬОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

3.1. Базові принципи дитячо-дружнього середовища

Дитячо-дружня інфраструктура в медичному закладі має створювати для дитини не лише фізично безпечне, а й емоційно передбачуване середовище. Для дитини лікарня часто пов'язана з болем, невідомістю, очікуванням процедур, зміною звичного ритму життя та частковою втратою контролю над власним тілом і простором. Саме тому організація середовища повинна зменшувати рівень напруги, підтримувати орієнтацію в ситуації та давати дитині хоча б мінімальне відчуття вибору.

До базових принципів дитячо-дружньої інфраструктури доцільно віднести: безпеку, передбачуваність, доступність, емоційну нейтральність простору, право дитини на перепочинок, а також можливість для короткого творчого або ігрового розвантаження. Простір має бути організований так, щоб не перевантажувати дитину зайвими подразниками, не викликати додаткового страху та не асоціюватися виключно з медичними маніпуляціями.



*Простір, дружній до дитини,
якій створений у Прилуцькій міській дитячій лікарні*

Особливу увагу слід приділяти зменшенню візуального шуму, добору спокійної кольорової гами, наявності зрозумілих зон та простих предметів, з якими дитина може взаємодіяти без складних інструкцій. Принципи Універсального дизайну (рівність, гнучкість, простота, доступність інформації, незначні фізичні зусилля, розмір і простір) мають бути основою для облаштування ПДД.

Важливим складником такого підходу є травмоорієнтованість. Працівники закладу мають враховувати, що частина дітей уже може мати досвід війни, евакуації, втрати, насильства, тривалого стресу чи розлуки з близькими. За таких обставин навіть звичайні лікарняні процедури, гучні звуки, різкі звернення або поспіх дорослих можуть підсилювати тривогу. Дитячо-дружній простір не усуває медичні труднощі, проте знижує ризик додаткової психологічної травматизації та сприяє стабілізації дитини під час лікування.

3.2. Створення «куточків радості» в палатах та коридорах: вимоги до матеріалів та обладнання

За відсутності окремої ігрової кімнати медичний заклад може організовувати невеликі осередки підтримки в палатах, коридорах, зонах очікування або біля постів медичного персоналу. Такі місця доцільно розглядати не як розважальний елемент, а як простір короткого емоційного відновлення, переключення уваги та безпечної взаємодії дитини з дорослим. Навіть мінімально облаштований куточок може виконувати важливу функцію, якщо він продуманий з урахуванням віку дітей, стану здоров'я, санітарних вимог і можливостей закладу.

«Куточок радості» має бути простим у догляді, безпечним, гігієнічним та мобільним. У ньому доречно розміщувати папір, воскові олівці, кілька карток або стікерів, м'які тактильні іграшки середнього розміру, антистрес-предмети, невелику папку для дитячих робіт, а також закритий контейнер або шафку для зберігання матеріалів. Для дітей, які не можуть довго сидіти або перебувають у палаті, корисним рішенням є мобільний артнабір, який працівник може принести до ліжка дитини. Такий підхід особливо важливий тоді, коли дитина ослаблена, лежить, має обмеження в русі або не готова виходити в спільний простір.

Організовуючи такі зони, слід уникати надмірно яскравих кольорів, строкатих зображень, відкритого безсистемного зберігання великої кількості предметів. Для дитини, яка перебуває у стресі, перевантажене середовище може бути не ресурсом, а додатковим подразником. Доцільніше обирати кілька спокійних кольорових акцентів, прості форми, чітко визначене місце для матеріалів та зрозумілі правила користування простором. У разі неможливості створити стаціонарний куточок доречно запровадити формат «простір приходить до дитини» через мобільні набори, короткі ритуали підтримки та переносні матеріали.

3.3. Робота з батьками: розробка пам'яток та моделі спілкування

Батьки або інші законні представники дитини є важливою частиною системи підтримки в лікарні. Саме тому дитячо-дружній підхід передбачає не лише облаштування простору, а й надання дорослим коротких, зрозумілих і практичних рекомендацій щодо взаємодії з дитиною в стресовій ситуації.

Практичний досвід показує, що супроводжуючий дорослий часто сам перебуває в стані гострого стресу, який може бути інтенсивнішим, ніж переживання дитини. До страху за здоров'я дитини додаються виснаження, порушення звичного ритму життя, відповідальність за інших дітей удома, фінансові труднощі, а іноді й власний негативний досвід взаємодії з медичною системою. У такому стані дорослому важко бути повноцінним джерелом спокою для дитини – його нервова система сама перебуває в режимі мобілізації або виснаження.

Саме тому принцип «кисневої маски» – спочатку подбати про себе, потім про дитину – є не метафорою, а практичною вимогою до організації психологічної підтримки в лікарні. Дорослий, який отримав хоча б мінімальну стабілізацію власного стану, стає значно ефективнішим джерелом підтримки для дитини, ніж виснажений і наляканий. І навпаки – дорослий «на межі», який намагається «тримати обличчя», мимоволі передає дитині свою напругу через невербальні сигнали: змінений тон голосу, прискорене дихання, напружену позу.

У комунікації з дитиною дорослим варто уникати висловлювань, що знецінюють переживання, соромлять або вимагають негайного самоконтролю, зокрема: «не плач», «нічого страшного», «будь чемним», «усі терплять – і ти потерпиш». Такі фрази можуть зупинити зовнішню реакцію дитини, однак не знижують її страху, а навпаки – підсилюють відчуття самотності, нерозуміння та заборони на емоції. Натомість підтримувальними є прості, конкретні висловлювання: «Я поруч», «Тобі може бути страшно – це нормально», «Ти можеш сказати, якщо хочеш паузу», «Давай разом подумаємо, що тобі зараз допоможе». Такі формулювання допомагають дитині відчувати контакт, дозвіл на переживання та більшу безпеку у взаємодії з дорослим.

Окремо варто наголосити: дитина не потребує, щоб дорослий був беземоційним. Вона потребує, щоб дорослий був поруч. Якщо приховати свій стан повністю не вдається – а це трапляється часто, – чесне, але контрольоване визнання своїх почуттів є більш підтримувальним, ніж фальш. Фраза на кшталт «Мама зараз трохи хвилюється, бо переживає за тебе. Це нормально. Я поруч, я з цим впораюсь» дає дитині важливий досвід: емоції – це не страшно, з ними можна бути поруч, і дорослий, який теж хвилюється, не руйнується від цього. Це формує у дитини відчуття безпеки не через ідеальність дорослого, а через його стійкість.

Окремо доцільно пояснювати батькам, що підтримка дитини в лікарні не зводиться до заспокоєння будь-якою ціною. Дитина потребує не примусу до «правильної поведінки», а дорослого, який сам залишається достатньо спокійним, передбачуваним і здатним бути поруч. А для цього дорослому потрібен хоча б мінімальний ресурс. Саме тому короткі пам'ятки для батьків доцільно будувати навколо трьох практичних блоків: як дорослому подбати про себе, щоб мати змогу підтри-

мувати дитину; як говорити з дитиною до, під час та після процедури; як допомогти дитині після завершення стресової події.

У межах простору, дружнього до дитини, доцільно мати короткий друкований аркуш для батьків (зразок наведено в Додатках А, Б), які містить техніки швидкої саморегуляції, побутові поради щодо перебування в лікарні та фрази для чесної комунікації з дитиною. Такі аркуші мають бути написані простою, підтримувальною мовою, уникати будь-яких зобов'язувальних формулювань і підкреслювати: дорослий уже робить достатньо, просто перебуваючи поруч.

Роль психолога в роботі з батьками не обмежується наданням пам'ятки. Фахівець може приділити кілька хвилин короткій стабілізації дорослого під час першого контакту, нормалізувавши його стан фразою на кшталт: «Я розумію, що вам зараз непросто. Давайте разом подумаємо, як зробити так, щоб і ви, і дитина почувалися трохи спокійніше». За можливості психологу доцільно практикувати короткі спільні сесії для діади «дорослий-дитина», під час яких дорослий є не контролером, а таким самим учасником процесу – разом із дитиною виконує дихальну вправу, обирає картку настрою, малює. Це дає дорослому легітимний спосіб подбати про себе, а дитині – досвід спільного переживання і спільної регуляції.

Приклад короткої інструкції для батьків наведено в Додатку А.

3.4. Ритуали безпеки для медперсоналу: вербальні та невербальні техніки підтримки

«Ритуали безпеки» – це короткі повторювані дії та фрази, які допомагають дитині швидше зорієнтуватися в ситуації, знижують невизначеність і формують відчуття передбачуваності. У лікарні вони особливо важливі, тому що дитина нерідко стикається з різними фахівцями, незнайомими процедурами та змінами стану. Коли дорослі діють хаотично, поспішно або суперечливо, напруга дитини посилюється. Коли ж взаємодія має зрозумілу послідовність, дитині легше витримувати контакт і медичні втручання.

До ритуалів безпеки можуть належати: привітання на рівні очей дитини; коротке пояснення, хто зараз поруч і що відбуватиметься; уточнення, чи готова дитина слухати; пропозиція обрати картку настрою або сигналу; домовленість про слово чи жест «стоп»; завершальна фраза після процедури або зустрічі. Для дітей, яким важко вербалізувати стан, корисними є кольорові сигнали: зелений – «можу продовжувати», жовтий – «потрібна пауза», червоний – «мені страшно або боляче». Такий інструмент дає дитині зрозумілий спосіб впливати на ситуацію.

Невербальна підтримка без фізичного контакту також має велике значення. До неї належать: спокійний темп мовлення, м'яка інтонація, відсутність різких рухів, відкрита поза, перебування поруч на безпечній відстані, короткі паузи для адаптації, демонстрація матеріалів до використання, а також повага до небажання дитини торкатися предметів або виходити на розмову одразу. Фізичний контакт не повинен бути автоматичним способом заспокоєння, особливо у випадках, коли дитина має травматичний досвід, гіперпильність або недовіру до дорослих. Безпечніше пропонувати вибір і супроводжувати дію словами, а не нав'язувати близькість.



***Директорка КНП «Прилуцька міська дитяча лікарня», Олеся Цибенко,
та психологиня, яка працює у Просторі, дружньому до дитини,
Людмила Клязника.***

РОЗДІЛ 4.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

4.1. Ключові фактори стресу для дитини в лікарні, потенційні наслідки тривалого стресу, базові принципи травмоорієнтованого підходу (trauma-informed care) у лікарні

Перебування дитини в лікарні саме по собі є стресогенним чинником. Джерелами напруги можуть бути незнайоме середовище, очікування болючих або неприємних процедур, порушення звичного режиму, обмеження руху, зміна харчування, розлука з домом або близькими, велика кількість нових дорослих, а також відсутність простору, де можна побути дитиною, а не лише пацієнтом. Частими реакціями є страх, нервозність, пригнічення, роздратування, плач, уникання контакту, труднощі зі сном або харчуванням. У частини дітей стрес проявляється не словами, а тілесно – через головний біль, напруження, відмову від їжі, скарги без чіткої локалізації або посилення загальної тривожності.

Тривалий або інтенсивний стрес у лікарні може мати накопичувальний ефект, особливо коли дитина вже мала попередній травматичний досвід. У таких випадках лікарняне середовище може не просто викликати тимчасову напругу, а активувати глибші реакції: завмирання, агресивний протест, регрес, надмірну слухняність, гіперпильність, недовіру або емоційні «гойдалки». Підвищену увагу слід приділяти дітям, які перенесли обстріли, евакуацію, насильство, втрату, тривалу нестабільність або перебувають без повноцінної підтримки близьких.

Травмоорієнтований підхід у медичному закладі передбачає, що фахівець не лише реагує на явні емоції дитини, а й враховує можливість прихованого стресу навіть тоді, коли дитина виглядає «тихою», «слухняною» або «зручною». Базові принципи такого підходу – безпека, передбачуваність, повага до реакцій дитини, право на паузу, мінімізація сорому, відсутність примусу до емоційного розкриття, а також підтримка навіть у дрібних актах вибору. Для практики це означає: пояснювати дії простими словами, не поспішати, не говорити зверхньо, не лякати, не знецінювати переживання та не вимагати від дитини «бути хороброю» будь-якою ціною.

4.2. Психологічна підтримка дітей, які залишилися без батьківського піклування, дітей з числа внутрішньо переміщених осіб, дітей, які пережили насильство, обстріли, евакуацію або інші травматичні події

Уразливі групи дітей потребують особливо делікатного, передбачуваного та травмоорієнтованого підходу під час перебування в медичному закладі. Для дитини, яка вже має досвід небезпеки, втрати, розлуки, насильства або тривалого стресу, лікарня може сприйматися не як місце допомоги, а як черговий простір невідомості, залежності від дорослих і потенційної загрози. За таких обставин звичайні для лікарні ситуації – очікування процедур, незнайомі запахи, білі стіни, інструменти, гучні голоси, зміна персоналу, тимчасова розлука з близькими – можуть актуалізувати вже наявний травматичний досвід і посилювати емоційні та поведінкові реакції дитини.

Психологічна підтримка дітей із вразливих груп має ґрунтуватися на розумінні того, що зовнішня поведінка дитини не завжди прямо відображає її внутрішній стан. Те, що дорослому може видаватися «зручністю», «байдужістю», «впертістю» або «невихованістю», насправді нерідко є способом нервової системи впоратися з перевантаженням. Саме тому під час взаємодії з такими дітьми важливо не оцінювати реакцію, а розуміти її функцію: що саме дитина намагається витримати, уникнути або проконтролювати в цей момент.

Однією з типових реакцій у лікарняному середовищі є **мовчання або завмирання**. У стані сильного внутрішнього напруження дитина може мовчки терпіти процедури, не ставити запитань, навіть якщо їй страшно чи боляче, дивитися повз дорослого, відповідати із затримкою або майже не реагувати на звернення. Така «тиша» не є ознакою спокою. Навпаки, вона може свідчити про високий рівень страху, коли дитина ніби завмирає, щоб зменшити ризик ще більшого стресу. Типовою помилкою дорослих у таких ситуаціях є сприйняття дитини як «дуже слухняної», «вихованої» або «зручної». Насправді саме така дитина може найбільше потребувати обережного контакту, дозвільних фраз і підтвердження, що її реакції є прийнятними. У роботі доцільно використовувати прості формулювання: дитина може ставити запитання, може просити про паузу, може повідомляти, якщо їй занадто страшно або некомфортно.

Іншою поширеною реакцією є **агресія або протестна поведінка**. Коли дитина не може вплинути на ситуацію, не розуміє, що з нею відбуватиметься, або вже має досвід безсилля, вона іноді намагається повернути собі бодай частковий контроль через крик, опір, штовхання, відмову заходити до кабінету, спроби втекти, образливі слова чи «істерики» перед процедурою. За агресією дуже часто стоїть не намір порушити правила, а панічне переживання: «зі мною зараз щось зроблять, а я не маю права сказати «ні»». У таких випадках неефективними є крик, соромлення, тиск, публічні зауваження або силове пригнічення протесту. Завдання дорослого полягає не в тому, щоб «зламати» опір, а в тому, щоб перевести дитину з боротьби в контакт: назвати її стан, показати свою присутність, дати зрозумілий і посильний вибір, запропонувати опору – іграшку, паузу, кілька спокійних вдихів, коротке пояснення подальших дій.

У дітей старшого віку може спостерігатися **регресивна поведінка**. У стані сильного стресу дитина ніби «зменшується» до молодшого віку: говорить дитячим голосом, проситься на руки, просить годувати її, боїться залишатися без дорослого, не хоче відпускати маму, смочє пальці, край ковдри чи інші предмети. Регрес не слід трактувати як каприз або «дитячий садок». Це форма запиту на додатковий захист, спосіб нервової системи знайти безпечніший рівень функціонування в ситуації перевантаження. Соромлення в таких випадках є недоречним і посилює безпорадність. Натомість корисною є позиція прийняття: тимчасовий дозвіл дитині побути «меншою», ніж її фактичний вік, часто й створює умови для поступового повернення до більшої самостійності.

Окремої уваги потребують діти **з проявами надмірної слухняності та «зручності»**. Такі діти можуть усе виконувати, усміхатися, не скаржитися, терпіти процедури мовчки, не показувати болю або страху, щоб не засмучувати дорослого і не створювати труднощів. Зовні це нерідко сприймається як зразкова поведінка. Однак за нею може стояти сильний страх втратити прихильність, бути покараним, відкинутим або осоромленим. Тому важливо не підкріплювати лише «зручність» дитини, а прямо дозволяти їй проявляти дискомфорт: говорити, якщо боляче, плакати, хвилюватися, ставити запитання, просити про допомогу. Такі діти особливо потребують повідомлення, що їхня цінність не залежить від того, наскільки вони «зручні» для дорослих.

У дітей, які залишилися без батьківського піклування, пережили обстріли, евакуацію, насильство або вимушене переміщення, усі зазначені реакції можуть посилюватися додатковими проявами. Серед них часто спостерігаються гіперпильність, коли дитина вслухається в кожен звук, здригається від гучних голосів або різких рухів; недовіра до дорослих, коли важко прийняти допомогу й повірити, що поруч безпечна людина; емоційні «гойдалки», коли сміх швидко змінюється плачем, а активність – байдужістю; відсутність запитів, коли дитина ні про що не просить, ніби не має на це права. Для такої дитини лікарня може стати або місцем додаткової травматизації, або, навпаки, першим простором, у якому вона отримує досвід: її бачать, чують, не кричать на неї, не соромлять і дозволяють боятися.

Психологічна підтримка уразливих дітей у лікарні має бути м'якою, дозованою та орієнтованою насамперед на встановлення безпечного контакту. Не слід ставити за мету швидке «опрацювання» травматичного досвіду в межах короткої лікарняної взаємодії. Пріоритетним завданням є стабілізація стану дитини, зниження рівня напруження, формування передбачуваності й повернення хоча б часткового відчуття контролю. Для цього важливо пояснювати дії простими словами, заздалегідь попереджати про зміну етапів взаємодії, використовувати спокійний темп мовлення, не поспішати, пропонувати посильний вибір, коротко перевіряти стан дитини, залучати безпечні предмети-посередники – іграшку, картку сигналу, малюнок, символ підтримки.

У роботі з уразливими групами слід уникати дій, які можуть поглибити відчуття небезпеки або сорому. Не рекомендовано розпитувати дитину про травматичні події в деталях, якщо вона сама цього не ініціює; обіцяти те, на що фахівець не має впливу; знецінювати або виправляти реакції дитини; коментувати її тіло, шрами,

зовнішність, інвалідність або пережитий досвід; порівнювати її з іншими дітьми; вимагати «не плакати», «бути сміливою», «не вигадувати». Також недоречним є тиск на дитину з метою швидко отримати емоційне розкриття. Для багатьох дітей безпечнішим є не пряме говоріння про травму, а опосередковане вираження стану через гру, малюнок, історію, метафору чи контакт із іграшкою.

Практично значущими є прості дозвільні та підтримувальні фрази. Дитині важливо чути, що вона може ставити запитання, може сказати «стоп», якщо їй занадто страшно, може попросити паузу, може плакати, боятися, не знати, що відповісти, і при цьому залишатися прийнятою. Такі формулювання не лише знижують емоційну напругу, а й відновлюють у дитини право на суб'єктність у ситуації, де багато що від неї не залежить.

Отже, психологічна підтримка уразливих дітей у медичному закладі має бути спрямована не на формальне коригування поведінки, а на розуміння її причин, зниження ризику повторної травматизації та створення досвіду безпечної взаємодії з дорослим. Основним результатом такої підтримки має стати не «ідеальна поведінка» дитини, а зменшення рівня страху, поява хоча б мінімального відчуття опори та переживання, що в лікарняному середовищі її не лише лікують, а й по-людськи бачать, чують і приймають.



**Методичні матеріали із серії «Медик-Ведмедик»
для роботи психолога**

4.3. Арттерапія як метод психологічної підтримки дитини в медичному закладі

Арттерапія в умовах медичного закладу може застосовуватися як один із доступних і безпечних методів короткотривалої психологічної підтримки дитини. Її використання доцільне в ситуаціях, коли дитина переживає страх, напруження, невизначеність, втрату відчуття контролю, труднощі адаптації до лікарняного середовища або неготовність прямо говорити про власний стан. Творча діяльність допомагає дитині отримати досвід вибору, символічно виразити переживання, знизити рівень внутрішньої напруги та відновити хоча б часткове відчуття впливу на ситуацію.

Застосування арттерапевтичних підходів у лікарні має особливу цінність у роботі з дітьми, для яких перебування в медичному закладі пов'язане з болем, розлукою, незнайомим простором, зміною звичного ритму життя та очікуванням процедур. У таких умовах малювання, ліплення, аплікація, робота з кольором, образом або символом створюють для дитини безпечний канал емоційного вираження. Творча активність не вимагає від дитини точних пояснень, дозволяє зменшити психологічне навантаження, підтримує процес адаптації та сприяє збереженню психічного добробуту під час лікування.

У медичному закладі найбільш доцільними є короткі, гнучкі та легко адаптовані арттерапевтичні методики, які не потребують складного обладнання, окремого великого приміщення чи тривалого часу. Добір форми роботи має здійснюватися з урахуванням віку дитини, її фізичного стану, рівня виснаження, наявних медичних обмежень і санітарно-гігієнічних вимог. Практика свідчить про ефективність коротких форматів взаємодії, у межах яких дитина отримує не повноцінне терапевтичне заняття в класичному розумінні, а короткий досвід стабілізації, полегшення, підтримки та символічного самовираження.

Під час використання арттерапії в лікарні важливо враховувати, що її мета полягає не у створенні художнього результату, а в забезпеченні для дитини доступного способу контакту зі своїм станом. У цьому підході значення має не якість малюнка чи виробу, а сам процес: вибір кольору, ритм руху руки, створення образу, утримання уваги, можливість завершити дію та отримати підтримувальний відгук від дорослого. Саме тому арттерапевтичні вправи в лікарняному середовищі мають бути простими, посильними, безоцінковими та такими, що не викликають у дитини додаткового страху помилитися або «зробити неправильно».

До базових швидких технік стабілізації, які можуть поєднуватися з арттерапевтичною роботою, належать спільне дихання, вибір кольору, використання карток стану, короткі символічні дії перед процедурою, а також створення простого образу підтримки. Під час такої роботи дорослий не навчає дитину формально, а супроводжує, пропонує, підтримує та виконує окремі дії разом із нею. У межах короткої взаємодії доцільно використовувати техніки, що допомагають дитині невербально позначити свій стан, знизити напруження через рух і колір, а також залишити біля себе простий символ підтримки.

Серед арттерапевтичних вправ, рекомендованих для медичного закладу, особливу практичну цінність мають ті, що не вимагають художніх навичок та орієнтовані на переживання безпеки, опори, сили, контакту й підтримки. До таких технік належать вправи з використанням кольору, створення символу відваги, образу дерева, пташки, безпечного місця, команди підтримки, а також короткі казкотерапевтичні сюжети з іграшкою-помічником. Їхня перевага полягає в тому, що дитина може передавати свій стан через образ, предмет, колір або історію, не вдаючись до прямого опису страху, болю чи травматичного досвіду.



4.4. Мобільний артнабір психолога

В умовах медичного закладу доцільно використовувати мобільний артнабір психолога як базовий інструмент для проведення коротких індивідуальних сесій у палаті, зоні очікування або іншому доступному просторі. Такий набір забезпечує можливість швидко організувати контакт із дитиною, провести коротку стабілізаційну або арттерапевтичну взаємодію та адаптувати зміст роботи до фізичного стану дитини без потреби в окремо обладнаному кабінеті.

До базового складу мобільного артнабору доцільно включати воскові олівці, білий папір, кілька наліпок або стікерів, 2–3 кольорові картки, одноразові серветки, а за потреби – прості символічні матеріали для коротких вправ підтримки. Добір матеріалів має відповідати принципам безпеки, простоти використання, гігієнічності та швидкої заміни. Перевагу слід надавати предметам, які не мають дрібних

небезпечних деталей, легко очищуються або можуть бути індивідуалізовані для конкретної дитини.

Під час підготовки та використання мобільного артнабору необхідно враховувати вік дитини, її фізичний стан, можливість працювати сидячи або лежачи, наявність медичного обладнання, рівень виснаження, а також санітарно-гігієнічні вимоги конкретного відділення. Особливо важливо уникати перевантаження дитини надмірною кількістю матеріалів. Оптимальним є використання обмеженого, але функціонального набору засобів, які дають змогу швидко організувати взаємодію та не створюють додаткового сенсорного навантаження.

Мобільний артнабір виконує не лише практичну, а й психологічну функцію. Його використання дозволяє перенести до палати елемент безпечного, творчого простору, у якому дитина отримує можливість обирати, діяти, виражати свій стан у символічній формі та відчувати підтримку дорослого. У ситуації, коли більшість рішень ухвалюються без участі дитини, навіть простий вибір кольору, картки чи символу може мати стабілізаційне значення та зміцнювати відчуття суб'єктності.

Отже, мобільний артнабір психолога доцільно розглядати як обов'язковий елемент організації короткої психологічної підтримки дитини в лікарні. Його використання підвищує доступність допомоги, полегшує адаптацію технік до індивідуального стану дитини та сприяє реалізації принципу "простір підтримки приходить до дитини", коли вихід у спеціально організовану кімнату є неможливим або недоцільним.



4.5. Формула короткої сесії в палаті

У практиці психологічної підтримки дітей у медичному закладі доцільно застосовувати коротку, структуровану та передбачувану форму взаємодії, яка може бути реалізована безпосередньо в палаті. Така сесія має відповідати фізичним можливостям дитини, не перевантажувати її тривалістю, не вимагати спеціальних умов і водночас забезпечувати емоційний контакт, стабілізацію та короткий досвід символічного самовираження. Структурованість взаємодії є особливо важливою для дітей, які перебувають у стані тривоги, виснаження або невизначеності, оскільки передбачуваний формат сам по собі знижує напруження.

Коротка сесія в палаті може будуватися за такою послідовністю: привітання і встановлення контакту; короткий стабілізаційний етап; творчий або символічний блок; коротке обговорення чи відгук; ритуал завершення. На першому етапі фахівець встановлює безпечний контакт із дитиною, представляється, коротко пояснює свою присутність і зважає на готовність дитини до взаємодії. На другому етапі використовуються прості стабілізаційні дії, зокрема спільне дихання, вибір картки стану або інший доступний спосіб зниження напруги.

Творчий блок є центральною частиною короткої сесії. У межах цього етапу дитині пропонується проста, посильна дія, яка не вимагає художніх навичок і може бути виконана в умовах палати: малювання кольором, створення символу підтримки, вибір образу сили, робота з картками чи наліпками, короткий елемент казкотерапії або взаємодія з іграшкою-помічником. Важливо, щоб інструкція залишалася простою, а сама вправа була гнучкою й допускала адаптацію до положення дитини, її витривалості та поточного самопочуття.

Після творчого блоку доцільно провести коротке завершальне обговорення або отримати відгук дитини в доступній формі. Це може бути відповідь на просте запитання, вибір картки, коротке позначення свого стану, назва малюнка або підтвердження того, що дитина хоче залишити результат біля себе. Завершення сесії має містити невеликий ритуал: подяку за участь, нагадування про символ підтримки, залишення малюнка або картки біля ліжка, коротку фразу про те, що дитина може повернутися до цього образу пізніше. Саме завершальний етап допомагає закріпити відчуття безпечної, завершеної взаємодії.

Тривалість короткої сесії має визначатися станом дитини, але загалом її структура повинна залишатися лаконічною. Пріоритетом є не обсяг виконаної роботи, а відповідність можливостям дитини саме в цей момент. Якщо дитина швидко виснажується, не може довго підтримувати увагу або перебуває в стані значного фізичного дискомфорту, окремі етапи сесії можуть скорочуватися, об'єднуватися або проводитися в мінімальному форматі. У таких випадках достатнім може бути навіть короткий контакт, один стабілізаційний прийом і маленький символічний результат, який дитина залишає собі.

Отже, формула короткої сесії в палаті є доцільною моделлю організації психологічної підтримки в медичному закладі. Вона дозволяє поєднати доступність, гнучкість, повагу до стану дитини та базові принципи травмоорієнтованого підходу. За умови чутливого й безоцінкового використання навіть коротка сесія може стати для дитини досвідом стабілізації, полегшення й безпечного контакту з дорослим.



*Інструментарій (логопедичні рукавички),
які використовуються для проведення «дихальних» вправ*

4.6. Практичний інструментарій: рекомендовані техніки та вправи

Під час надання психологічної підтримки дітям у медичних закладах доцільно застосовувати короткі, безпечні, гнучкі у використанні техніки, які можуть бути реалізовані в палаті, коридорі, зоні очікування або іншому доступному просторі. Застосування технік має здійснюватися з урахуванням віку дитини, її фізичного стану, рівня виснаження, емоційного стану, медичних обмежень, санітарно-гігієнічних вимог та принципу добровільності участі. Обрані вправи мають сприяти зниженню емоційного напруження, відновленню відчуття безпеки, підтримці контакту з дорослим та формуванню доступного для дитини ресурсу.

1) Техніка «Дихаємо відважно».

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич «Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії». Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: зниження емоційного напруження, м'яка стабілізація нервової системи дитини, відновлення відчуття опори через спільну регуляцію з дорослим. У межах лікарняного середовища техніка може використовуватися перед процедурою, після стресової події або на початку короткої психологічної взаємодії.

Тривалість: до 3 хвилин. Орієнтований час, за який дитина може відчути перші зміни стану.

Матеріали: спеціальні матеріали не потрібні. За бажанням можуть використовуватися картка-символ, маленька іграшка або зоровий орієнтир для фокусування уваги дитини.

Алгоритм: 1. Дорослий встановлює короткий контакт із дитиною спокійним голосом та простою фразою, наприклад: «Давай зараз трохи подихаємо разом». 2. Дитині пропонується зробити спокійний вдих і видих у власному темпі, без примусу до глибокого або технічно «правильного» дихання. 3. Дорослий словесно супроводжує процес: на вдиху можна ніби «взяти» підтримку, спокій, силу, а на видиху – «відпустити» страх, напругу або хвилювання. 4. Дихання повторюється кілька циклів у темпі, який не викликає додаткового напруження. 5. Наприкінці дорослий коротко уточнює стан дитини: «Стало хоч трішки легше чи поки без змін?»

Висновки: техніка є доцільною як стартова форма стабілізації, оскільки не потребує матеріалів, легко адаптується до умов палати та може проводитися навіть із дитиною, яка фізично виснажена. Її ефективність значною мірою пов'язана не лише з самим диханням, а й зі спокійною присутністю дорослого поруч.

Додаткові рекомендації: не слід наполягати на глибокому диханні, якщо це викликає у дитини дискомфорт. Важливо не перетворювати вправу на інструктаж із «правильного дихання». Для дітей із високою тривогою краще працює принцип «дихаємо разом», а не «я тебе вчу». Дорослому варто стежити за власним тоном і темпом мовлення, оскільки саме вони часто стають основним стабілізаційним чинником.



2) Техніка “Мої кольори відважності”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: створення безпечного каналу для вираження страху, внутрішньої напруги, злості або скутості через колір, жест і рух руки. Техніка допомагає дитині перейти від внутрішнього затиску до дії, яку вона може контролювати.

Тривалість: 5–7 хвилин активного малювання та 2–3 хвилини на коротке завершення.

Матеріали: аркуш паперу, воскові олівці або інші безпечні матеріали для малювання. За потреби формат аркуша та набір кольорів можуть бути зменшені відповідно до стану дитини.

Алгоритм: 1. Дорослий пропонує дитині вибрати кольори, які для неї схожі на сміливість, відвагу, силу або підтримку. 2. Пояснюється, що не потрібно малювати щось конкретне: можна робити лінії, кола, плями, завитки, штрихи. 3. Дитині пропонується малювати так, ніби рука “виводить назовні” страх, напругу або хвилювання і водночас додає сили. 4. За можливості рекомендується залучати ширший рух руки, але тільки в межах фізичної спроможності дитини. 5. Після завершення дорослий ставить 1–2 прості запитання: “Який колір сьогодні був найсильніший?” або “Що змінилося в тілі, коли ти малював/малювала?”

Висновки: техніка є корисною для дітей, яким складно говорити про свій стан прямо. Вона створює можливість символічного виведення напруження без потреби щось пояснювати словами. Окрім цього, кольорове малювання відновлює хоча б часткове відчуття дії та контролю.

Додаткові рекомендації: вправу можна адаптувати для дитини, яка лежить, швидко виснажується, має катетер або обмежені рухи. У такому разі краще використовувати менший формат аркуша, коротші інструкції та меншу кількість кольорів. Не варто оцінювати малюнок або тлумачити його без запиту. У центрі уваги має бути не результат, а сам процес малювання.



МОЇ КОЛЬОРИ ВІДВАЖНОСТІ

3) Техніка “Домалюй спільну відвагу”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: формування досвіду підтримки, спільності та приналежності; зниження переживання ізоляції; підсилення відчуття “я не один/одна” у складних умовах.

Тривалість: орієнтовно 10–15 хвилин залежно від кількості учасників і формату взаємодії.

Матеріали: спільний великий аркуш паперу, воскові олівці, масляна пастель, наліпки або раніше створені елементи малюнків.

Алгоритм: 1. Дорослий пропонує дитині або групі дітей подумати, який образ, символ чи знак асоціюється з відвагою. 2. Кожен учасник переносить свій елемент на спільний аркуш. 3. Далі навколо цього елемента дитина домальовує те, що, на її думку, підсилює відчуття сили, підтримки або спокою. 4. Якщо учасників кілька, кожна дитина додає свою частину до загальної композиції. 5. Наприкінці малюнку дається спільна назва, а дорослий коротко обговорює з дітьми, що вони відчували, коли їхній образ став частиною спільної роботи.

Висновки: вправа є особливо цінною в груповому форматі або в ситуаціях, коли дитині важливо пережити досвід включеності. Вона дає можливість побачити, що опора може бути не лише внутрішньою, а й спільною.

Додаткові рекомендації: у палаті з однією дитиною техніку можна адаптувати: дорослий додає власний невеликий елемент до малюнка, підкреслюючи ідею “я поруч”. Не слід примушувати дитину брати участь у колективному малюванні, якщо для неї це занадто напружено.



ДОМАЛЮЙ СПІЛЬНУ ВІДВАГУ

4) Техніка “Зірочка за відвагу”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: закріплення образу сили та підтримки, створення простого переносного ресурсного символу, який дитина може зберігати біля себе.

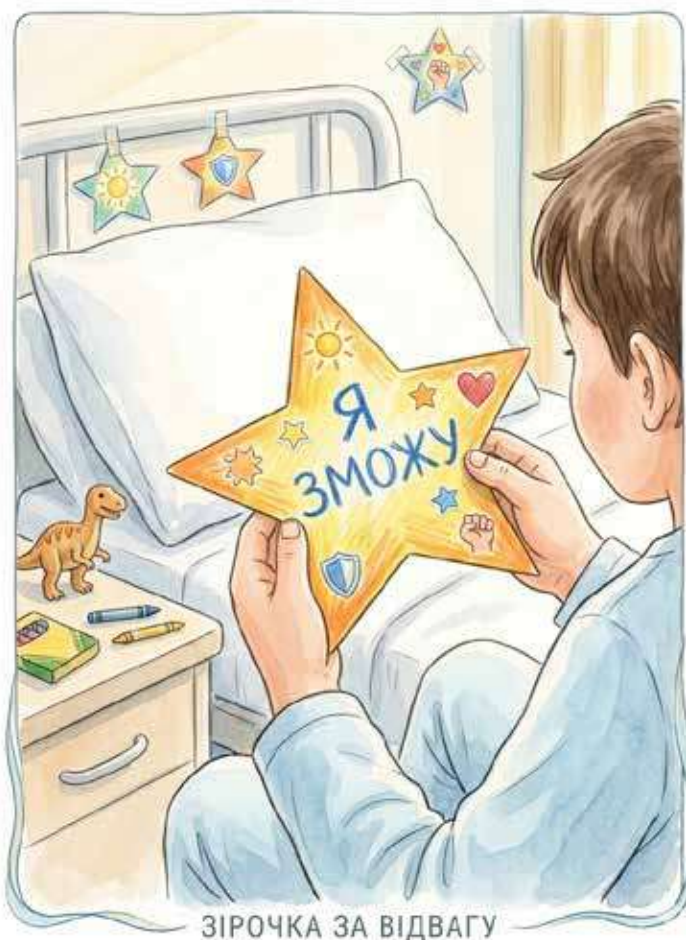
Тривалість: орієнтовно 7–10 хвилин.

Матеріали: паперова заготовка у формі зірки або аркуш паперу для самостійного створення зірочки, олівці, фломастери, за потреби наліпки.

Алгоритм: 1. Дорослий пропонує дитині створити власну зірочку або обрати готову заготовку. 2. Далі дитина записує на ній слово підтримки, коротку фразу, символ або малює те, що допомагає їй, коли страшно чи важко. 3. За потреби дорослий може допомогти з формулюванням, наприклад: “Я впораюсь”, “Я не сам/сама”, “Я можу попросити про допомогу”. 4. Після завершення дитині пропонується обрати, де зірочка буде зберігатися: під подушкою, біля ліжка, в кишені, у папці з малюнками. 5. Дорослий коротко проговорює, що цей символ можна використовувати як нагадування про підтримку перед процедурою або в хвилини хвилювання.

Висновки: техніка є зручною, оскільки результат має не лише символічне, а й практичне значення: дитина отримує конкретний предмет, який можна взяти з собою. Це підсилює ефект вправи та допомагає закріпити відчуття ресурсу поза межами самої зустрічі.

Додаткові рекомендації: для молодших дітей замість напису можна використовувати колір, значок або простий малюнок. Не варто наполягати на “сміливому” змісті; інколи для дитини більш ресурсним буде образ тепла, дому або улюбленої істоти.



ЗІРОЧКА ЗА ВІДВАГУ

5) Техніка “Відважне дерево”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: формування образу стійкості, опори, внутрішньої витривалості та збереження ресурсу в ситуації напруги або невизначеності.

Тривалість: орієнтовно 10–15 хвилин.

Матеріали: папір, олівці, воскові крейди, фломастери; для адаптованого варіанту – кольоровий папір, клей, пластичні матеріали.

Алгоритм: 1. Дитині пропонується намалювати дерево, яке витримує вітер, дощ, бурю або інші складні умови. 2. Дорослий м'яко звертає увагу на частини дерева: коріння, стовбур, крону. 3. За бажанням дитина додає до малюнка те, що допомагає дереву триматися: сонце, птахів, інші дерева, землю, дощ тощо. 4. Після завершення дорослий пропонує дитині подивитися на малюнок і відповісти на прості запитання: “Що в ньому найсильніше?”, “Що допомагає дереву не впасти?” 5. За потреби відповідь переноситься в коротке узагальнення: “Отже, у тебе теж є те, що допомагає триматися”.

Висновки: вправа допомагає перевести розмову про стійкість у символічну площину, що є безпечнішим для дитини, ніж пряме обговорення страху або безсилля. Образ дерева створює зручну метафору для теми опори та витримування труднощів.

Додаткові рекомендації: для молодших дітей техніку доцільно спрощувати через аплікацію або пластилін. У роботі не слід вимагати “гарного малюнка”. Якщо дитина не хоче відповідати на запитання, можна обмежитися коротким підтримувальним коментарем без інтерпретацій.



6) Техніка “Пташка впевненості”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: підсилення самооцінки, формування образу внутрішнього помічника, який символічно підтримує дитину у складній ситуації.

Тривалість: орієнтовно 10 хвилин.

Матеріали: аркуш паперу, олівці, ножиці за потреби, кольоровий папір, наліпки або інші прості декоративні елементи.

Алгоритм: 1. Дорослий пропонує дитині створити пташку впевненості – намалювати її, обвести контур або зробити просту паперову фігурку. 2. Далі дитина додає кольори, узори або деталі, які, на її думку, підходять до образу впевненості. 3. Дорослий може запропонувати подумати, що ця пташка “говорить” дитині у важку хвилину. 4. За бажанням дитина додає коротку фразу підтримки. 5. Наприкінці обговорюється, де ця пташка може бути поруч із дитиною: біля ліжка, під подушкою, на стіні, у папці чи серед особистих речей.

Висновки: техніка є корисною для дітей, яким потрібен персоналізований образ підтримки. Вона допомагає створити фігуру внутрішнього помічника, до якої дитина може подумки звертатися в моменти страху або суму.

Додаткові рекомендації: не слід виправляти або оцінювати образ пташки. Якщо дитина не хоче вербалізувати фразу підтримки, достатньо самого символу. Для дітей, які швидко втомлюються, можна використати готовий контур.



ПТАШКА ВПЕВНЕНОСТІ

7) Техніка “Безпечне місце для квіточки”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: створення внутрішнього образу безпеки, зниження тривоги, допомога дитині в пошуку символів спокою та захищеності.

Тривалість: орієнтовно 10–15 хвилин.

Матеріали: папір, олівці, фломастери, за потреби кольоровий папір або готові заготовки квітки.

Алгоритм: 1. Спочатку дитині пропонується створити власну квіточку – намалювати її або скласти із простих форм. 2. Дорослий пояснює, що тепер для цієї квіточки потрібно знайти або створити місце, де їй буде добре, спокійно та безпечно. 3. Дитина малює це місце, додаючи до нього важливі для себе деталі. 4. Після завершення дорослий запитує, що саме робить це місце безпечним, що там є, чого там немає, як там дихається, хто або що там може бути поруч. 5. За можливості окремі елементи цього образу пов’язуються з реальними умовами лікарні: улюблений колір, маленький предмет біля ліжка, ковдра, картка підтримки, тихий куточок.

Висновки: техніка дозволяє дитині сформувати символічний образ захисту без прямого розпитування про страх. Це робить її особливо цінною для дітей із високою тривогою або досвідом травматичних подій.

Додаткові рекомендації: не слід нав’язувати дитині власне бачення безпечного місця. Якщо дитина не хоче малювати простір, вона може лише назвати 2–3 елементи безпеки. Для ослаблених дітей можна працювати в усному форматі з мінімальним зоровим позначенням на аркуші.



8) Мінітехніка “Команда підтримки”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: актуалізація ресурсів, зменшення відчуття самотності, формування образу внутрішньої та зовнішньої підтримки без прямого занурення в травматичний сюжет.

Тривалість: 15 хвилин.

Матеріали: аркуш паперу, олівці або фломастери; за потреби – картки із персонажами, наліпки, готові зображення.

Алгоритм: 1. Дорослий пропонує дитині уявити, хто або що могло б бути її командою підтримки в лікарні. 2. Дитина називає, записує або малює тих, хто входить до цієї команди: це можуть бути люди, тварини, казкові герої, вигадані істоти. 3. Після створення образу команди дорослий допомагає конкретизувати ролі кожного учасника: хто заспокоює, хто захищає, хто додає сміливості, хто допомагає сміятися, хто нагадує відпочити. 4. За потреби дитина може обрати головного помічника або той образ, який зараз найбільше потрібен. 5. Наприкінці дорослий підкреслює, що навіть коли поруч не всі реальні люди, образ підтримки можна тримати в думках або на малюнку.

Висновки: техніка є цінною для дітей, яким важко прямо говорити про страх або самотність. Через символічну команду підтримки дитина безпечно торкається теми ресурсу, контакту та захисту.

Додаткові рекомендації: не слід обмежувати вибір дитини реалістичними персонажами. Вигадані істоти або мультгерої можуть бути не менш ресурсними, ніж реальні люди. Якщо дитина дуже виснажена, достатньо створити не всю команду, а лише одного головного помічника.



9) Техніка “Кольорові картки-сигнали”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: полегшення емоційної комунікації з дитиною, яка не готова або не може описати свій стан словами; підтримка відчуття контролю та права впливати на темп взаємодії.

Тривалість: 1–3 хвилини на початку або в процесі контакту; за потреби – повторне використання протягом усієї взаємодії.

Матеріали: кольорові картки або аркуші трьох кольорів – зелений, жовтий, червоний. За можливості картки мають бути щільними, чистими та придатними до багаторазового використання або заміни.

Алгоритм: 1. Дорослий знайомить дитину з картками та коротко пояснює їх значення. 2. Дитині пропонується обрати картку, яка найбільше відповідає її теперішньому стану. 3. За потреби пояснюється проста сигнальна система: зелена – “можу продовжувати”, жовта – “потрібна пауза”, червона – “мені страшно, боляче або я не готовий/готова”. 4. Дорослий приймає сигнал без оцінювання та відповідно змінює темп, інтенсивність або формат контакту. 5. Картки можуть використовуватися повторно перед процедурою, під час напруження або на завершення взаємодії як спосіб коротко перевірити стан дитини.

Висновки: техніка є особливо ефективною в роботі з дітьми молодшого віку, виснаженими дітьми або дітьми, яким важко вербалізувати почуття. Вона створює зрозумілу й швидку систему сигналів, яка підсилює суб'єктність дитини.

Додаткові рекомендації: важливо, щоб після вибору картки дорослий справді реагував на сигнал дитини. Якщо дитина бачить, що її вибір нічого не змінює, техніка втрачає сенс. Картки не слід використовувати як інструмент дисципліни; їхня функція – комунікаційна та підтримувальна.

Зазначені техніки можуть використовуватися окремо або як частини короткої психоло-



КОЛЬОРОВІ КАРТКИ-СИГНАЛИ

гічної сесії в лікарні. Їх доцільно добирати відповідно до стану дитини, віку, рівня виснаження, контексту медичної ситуації та доступності матеріалів. Обов'язковими умовами застосування є добровільність участі, повага до темпу дитини, відсутність примусу до саморозкриття, урахування медичних обмежень та санітарно-гігієнічних вимог. Особливої уваги потребує адаптація технік для дітей, які перебувають у ліжку, мають знижену витривалість або обмежені рухові можливості. У таких випадках доцільно скорочувати тривалість взаємодії, зменшувати обсяг інструкції та використовувати прості, швидкі, ресурсно посильні форми роботи.

4.7. Казкотерапевтична техніка “Медик-ведмедик”

(Вправа адаптована на основі програми Вікторії Назаревич “Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії”. Модифікація: психолог Закревська Євгенія.)

Мета: зниження рівня тривоги дитини під час перебування в медичному закладі; формування відчуття безпеки через образ іграшки-помічника; підтримка емоційної стабілізації перед медичними процедурами; розвиток доступних для дитини способів самозаспокоєння.

Тривалість: 15–20 хвилин.

Матеріали: м'яка іграшка-ведмедик або інша улюблена іграшка дитини; текст казки; за потреби – невелика картка, папір, олівці або наліпки для подальшого творчого закріплення образу.

Алгоритм проведення

1. Фахівець встановлює з дитиною емоційний контакт і пропонує обрати іграшку, яка може бути поруч під час читання казки.
2. Дитині повідомляється, що вона почує історію про іграшку, яка теж опинилася в лікарні та навчилася допомагати дитині справлятися зі страхом.
3. Казка читається спокійним, повільним тоном, без поспіху, з короткими паузами в емоційно важливих місцях.
4. Після читання фахівець коротко обговорює з дитиною зміст історії, звертаючи увагу на те, що допомагало герою витримувати страх і невідомість.
5. Далі дитині пропонується перенести окремі елементи казки у власний досвід: обрати “лапку-слухачку”; разом виконати “дихання-хмаринку”; знайти в іграшці або символічно позначити “кишеньку відваги”.
6. Наприкінці фахівець підсумовує, що іграшка може стати для дитини особливим помічником у лікарні, поруч із яким легше чекати, дихати, заспокоюватися й проходити процедури.

Висновки: казкотерапевтична техніка “Медик-ведмедик” доцільна для роботи з дітьми, які відчувають страх перед процедурами, розгубленість у лікарняному середовищі, труднощі з розлукою з близькими або потребують додаткового образу підтримки. Техніка допомагає зменшити емоційне напруження не через прямі

пояснення, а через символічний сюжет, у якому іграшка стає посередником між переживанням дитини та способом його витримування.

Додаткові рекомендації: техніку доцільно використовувати з дітьми молодшого та молодшого шкільного віку, а також із дітьми, які виснажені, мало говорять або не готові прямо обговорювати власний страх. У разі індивідуальної роботи казка може читатися повністю або скорочено. У разі групового формату після читання варто запропонувати дітям назвати, який “секрет допомоги” вони хотіли б узяти собі. Не слід примушувати дитину коментувати зміст історії, якщо вона поки не готова до розмови. Достатньо, щоб дитина залишила біля себе іграшку або повторила одну з простих дій із сюжету.

Зразок казки “Медик-ведмедик”. (Примітка. Казка написана в процесі навчання в межах навчального курсу “Teddy Bear Therapy” за темою “Theories of Development in Teddy Bear Therapy”.)



Колись жив собі звичайний м'який ведмедик. У нього був коричневий пухнастий животик, трішки перекошений носик і одна лапка була пришита двічі. Він сидів на полиці в дитячій кімнаті, дивився у вікно й думав: "Я просто ведмедик. Мене обіймають перед сном. Напевно, цього вже достатньо".

Господарем ведмедика був хлопчик Остап. Одного ранку мама швидко збирала речі, у кімнаті панувала метушня. Остап лежав на ліжку блідий.

– Мамо, я боюся... – прошепотів він.

Мама взяла ведмедика й поклала поруч із сином:

– Візьмемо ведмедика з нами. Нехай буде поряд.

Так ведмедик уперше опинився в машині швидкої допомоги. Сирена вила, вікна миготіли вогниками. Остап міцно притискав ведмедика до грудей. Серце хлопчика калатало швидко-швидко, а ведмедик думав: "Мені теж страшно. Проте зараз я в того, хто мене любить. Мабуть, потрібно триматися".

У лікарні все виглядало чужим: білі стіни, дивні запахи, незнайомі звуки. Остап мовчав, дивився на крапельницю і стискав лапку ведмедика так сильно, що тому здавалося, ніби в нього теж є пульс.

Увечері, коли мама поїхала додому, у палаті стало тихо-тихо. Ведмедик сидів на подушці й думав: "Як допомогти?" І саме в цю мить щось тихенько дзеленькнуло. На краєчок ліжка приземлилася маленька Світлячкова Медсестричка.

– У лікарні звичайні іграшки стають особливими помічниками, – прошепотіла вона. – Перший секрет – лапка-слухачка. Коли дитині страшно, приклади лапку до її грудей. Просто будь поруч і слухай серце.

– Другий секрет – дихання-хмаринка, – продовжила Медсестричка. – Коли страшно, треба тихо вдихнути, а потім повільно видихнути, ніби випускаєш легеньку хмаринку.

Вона торкнулася животика ведмедика й усміхнулася:

– А третій секрет – кишенька відваги. Тут живе запас сміливості. Будь поряд, і ти станеш Медиком Ведмедиком.

Наступного ранку прийшла медсестра. Остап насторожено дивився на шприц. Ведмедик згадав секрети. Його лапка лежала на руці хлопчика, і вони разом "дихали хмаринкою". Під час уколу Остап міцно притиснув ведмедика до животика, де була "кишенька відваги".

Процедура закінчилася. Остап видихнув і вперше за весь час тихо сказав:

– Я зміг.

Ведмедик нічого не відповів, тільки ніби став сидіти рівніше. Він уже знав: інколи допомога – не в чарівництві, а в тому, щоб бути поруч, слухати серце, дихати разом і берегти для когось маленьку кишеньку відваги.

Коли Остап одужав, ведмедик знову зайняв місце на полиці. Проте він уже був інший. Він знав: якщо доведеться знову повертатися до лікарні, він готовий.

Звичайний ведмедик став Медиком Ведмедиком – тим, хто вміє ділитися відвагою з кожною дитиною.

Методичний опис роботи з казкою

Призначення техніки: Казка використовується як інструмент психологічної підтримки дитини в лікарні, коли необхідно зменшити страх перед процедурами, полегшити адаптацію до нового середовища та сформувати в дитини доступний символічний образ помічника. Сюжет будується навколо знайомого й безпечного для дитини об'єкта – м'якої іграшки, яка проходить разом із дитиною шлях від страху до витримання складної ситуації.

Психологічний зміст: Методично важливими в цій казці є кілька опорних елементів: нормалізація страху – герой не заперечує страх і не соромиться його; перенесення переживання на іграшку – дитині легше говорити не про себе, а про ведмедика; образ помічника – іграшка перетворюється з пасивного предмета на активний ресурс; прості тілесно-емоційні опори – лапка-слухачка, дихання-хмаринка, кишенька відваги; завершення з досвідом подолання – дитина отримує послання: страх можна витримати, коли поруч є підтримка.

Очікуваний результат: У результаті використання техніки дитина може легше включатися у взаємодію з дорослим, знижувати рівень напруження перед процедурами, охочіше приймати символічні способи самозаспокоєння, переносити почуття на іграшку та поступово формувати власні прості ритуали безпеки.

Орієнтовні запитання після читання казки: 1. Що найбільше запам'яталося в цій історії? 2. Який секрет ведмедика вам сподобався найбільше? 3. Як ваша іграшка могла б допомагати вам тут? 4. Де у вашої іграшки могла б бути кишенька відваги? 5. Як би звали вашого помічника?

Варіанти закріплення: покласти лапку іграшки на груди дитини на кілька секунд; разом виконати 2–3 цикли “дихання-хмаринки”; намалювати або позначити на іграшці “кишеньку відваги”; створити маленький символ для іграшки: бейдж, наклейку, зірочку, хрестик-помічник.

Особливості застосування: Казка має читатися повільно, м'яко, без надмірної драматизації. У роботі з тривожною або виснаженою дитиною доцільно скорочувати сюжет, залишаючи ключові опорні елементи. У разі сильного страху перед процедурою основну увагу варто зосередити не на обговоренні сюжету, а на перенесенні одного з “секретів ведмедика” у реальну ситуацію. Якщо дитина не хоче слухати казку повністю, фахівець може використати лише окремий фрагмент як коротку історію-підказку.

РОЗДІЛ 5.

ІНКЛЮЗИВНІСТЬ ТА УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН У ДИТЯЧО-ДРУЖНЬОМУ ПРОСТОРІ

5.1. Визначення функціоналу простору

Простір, дружній до дитини, у медичному закладі може виконувати кілька функцій залежно від потреб дитини, її стану та можливостей закладу. Доцільно виокремити чотири основні функціональні призначення:

- Місце для тимчасового перебування дітей – зона очікування, де дитина може перебувати разом із батьками перед прийомом, під час очікування результатів обстежень або в перервах між процедурами. Це місце має бути облаштоване зручними сидіннями для дітей різного віку, мати доступ до води, туалету та засобів гігієни.
- Місце для самозаспокоєння і емоційного розвантаження – затишний куточок (намет, гамак, крісло-груша, м'які пуфи), куди дитина може піти, коли відчуває перевантаження, страх або потребує паузи. Це місце не має бути перевантажене іграшками чи яскравими кольорами; його мета – дати можливість дитині побути наодинці, відпочити, заспокоїтися.
- Місце для надання фахової психосоціальної допомоги – окремий кабінет або відгороджена зона, де психолог або соціальний працівник може провести індивідуальну консультацію з дитиною або батьками. Це місце має забезпечувати конфіденційність, мати мінімальний рівень зовнішніх подразників і бути облаштованим для проведення діагностики, бесід, стабілізаційних технік.
- Місце для проведення корекційно-розвиткових заходів – зона для групових занять (арттерапія, ігрова терапія, казкотерапія, розвивальні ігри), оснащена столами, стільцями, мольбертами, дошками, полицями для матеріалів, місцем для рухливих ігор. Ця зона має бути достатньо просторою, щоб діти могли вільно пересуватися, але водночас не надто великою, щоб не створювати відчуття порожнечі чи незахищеності.

У невеликих медичних закладах (амбулаторіях, поліклініках) ці функції можуть поєднуватися в одному приміщенні з чітким зонуванням. У стаціонарних відділеннях доцільно мати окремі приміщення або, за неможливості, організовувати мобільні форми роботи (артнабір, палата-трансформер).

5.2. Вимоги до ремонту та облаштування приміщення

При облаштуванні ПДД необхідно дотримуватися вимог ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» та посібника ПРООН «Універсальний дизайн у медичних закладах». Основні вимоги включають:

- безпорогові входи та достатню ширину дверних прорізів (не менше 90 см) для забезпечення доступу для дітей з інвалідністю, зокрема тих, хто користується кріслами колісними;
- санітарно-гігієнічні вимоги до покриття підлоги та стін (вологостійкі, такі, що легко дезінфікуються);
- наявність тактильних покажчиків та інформаційних табличок шрифтом Брайля для дітей з вадами зору;
- достатнє природне та штучне освітлення, уникнення сліпучих ефектів;
- використання екологічних, гіпоалергенних матеріалів.

Візуальне зонування простору відіграє ключову роль для зниження тривоги. Рекомендується виділяти чотири основні зони:

Зона вітання/комунікації – біля входу, комфортне місце для першого контакту дитини з фахівцем.

Зона ігор та творчості – центральна частина, оснащена столами, стільцями, мольбертами, полицями для матеріалів.

Зона психологічного розвантаження та саморегуляції – затишний куточок (намет, гамак, м'які пуфи, крісло-груша), де дитина може побути наодинці.

Зона для батьків – місце для очікування та відпочинку дорослих.

Концепція зонування інтегрує принципи Універсального дизайну: кожна зона має бути доступною для всіх дітей, зокрема з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху.

5.3. Кольорова гама та візуальне середовище: психологічні аспекти

Дизайн ПДД має базуватися на принципах Універсального дизайну для створення середовища, яке однаково добре функціонує для всіх дітей. Кольорова гама є одним із ключових факторів, що впливають на психоемоційний стан дитини. Основні принципи включають:

- **Використання пастельних, природних відтінків як базових (блакитний, світло-зелений, бежевий, м'ятний, лавандовий).** Яскраві кольори (чистий червоний, помаранчевий, салатовий) варто використовувати лише акцентно (до 10-15% поверхні), оскільки вони можуть перенапружувати нервову систему.
- **Уникання «візуального шуму» (пістрявих шпалер, великої кількості дрібних деталей, відкритого зберігання матеріалів).**
- **Застосування методу кольорових зон** для покращення орієнтації в просторі (наприклад, зона творчості – світло-зелений, зона спокою – блакитний, ігрова зона – жовтий).
- **Відмова від стерильно білого кольору,** який асоціюється з лікарнею та медичними маніпуляціями.

Особливу увагу слід приділяти освітленню: воно має бути достатнім, але не різким. Рекомендується використовувати лампи з теплою кольоровою температурою (2700–3000 K) та можливістю регулювання яскравості. У зоні психологічного розвантаження доцільно мати можливість затемнення (штори, жалюзі) для створення інтимної, затишної атмосфери.

5.4. Базовий набір меблів, іграшок та матеріалів

Базовий набір меблів та обладнання:

- м'які меблі (дивани, крісла, пуфи) для комфорту, знімні чохли для гігієни;
- закриті шафи та стелажі для усунення візуального шуму;
- дитяча палатка або намет для усамітнення та саморегуляції;
- столи та стільці для проведення занять з арттерапії та ігор;
- полиці для книг та іграшок;
- місце для зберігання верхнього одягу та взуття (для батьків);
- доступні технічні засоби реабілітації за потреби.

Базовий набір іграшок:

- **Розвивальні ігри:** LEGO, пазли (великі та середні), мозаїка, конструктори різних типів (дерев'яні, пластикові), сортери за формою, кольором, розміром, настільні ігри для різного віку (лото, доміно, ходилки).
- **М'які тактильні іграшки різних текстур та середнього розміру:** ведмедики, зайчики, котики, собачки, тактильні книжки-розвивайки з різними матеріалами (хутро, велюр, бавовна, силіконові елементи).
- **Іграшки-антистрес:** предмети для стискання та розминання руками (м'ячки-сквіші, неопренові кульки, силіконові бульбашки, іграшки-«жуйки» для дітей, яким це показано).
- **Засоби для сенсорної стимуляції:** сенсорні коробки (наповнювачі – круп, пісок, камінці, вода), сенсорні панно з різними текстурами, сенсорні м'ячі, дощові палички, тактильні доріжки, фібероптичні світильники (за можливості).
- **Предмети для перевтілення та рольових ігор:** лікарняний набір (без гострих предметів), перуки, капелюхи, кошики, сумки, дзеркальце.

Базовий набір матеріалів для творчості:

- папір різних форматів та кольорів (білий, кольоровий, тонований, з різною текстурою);
- воскові олівці (набір 12–24 кольорів);
- фломастери на водній основі;

РОЗДІЛ 6.

ФІНАНСУВАННЯ ТА МОДЕЛІ СТІЙКОСТІ ПРОСТОРУ

6.1. Огляд джерел фінансування: місцеві бюджети, гранти, державні програми

Створення та підтримка ПДД потребує залучення коштів з різних джерел. Комбінація кількох джерел забезпечує фінансову стабільність. Основні джерела:

- 1. Місцевий бюджет (кошти спроможної громади)** – є найбільш стабільним джерелом для покриття поточних витрат (зарплата персоналу, комунальні послуги, закупівля матеріалів). Стаття видатків “Охорона здоров’я” та “Соціальний захист”.
- 2. Державна субвенція на здійснення заходів соціально-економічного розвитку окремих територій** – кошти можуть бути спрямовані на розвиток об’єктів соціальної інфраструктури, включаючи медичні заклади.
- 3. Гранти міжнародних організацій** – ЮНІСЕФ, ПРООН, ВООЗ, Global Fund for Children, International Medical Corps та інші періодично оголошують конкурси на фінансування проєктів зі створення ПДД та підтримки психічного здоров’я дітей.
- 4. Технічна допомога (інструменти Twinning, TAIEX)** – для впровадження найкращих європейських практик.
- 5. Кошти благодійних фондів та меценатів** – можуть залучатися для одноразових заходів (придбання обладнання, меблів, іграшок) або адресної допомоги.
- 6. Кошти НСЗУ** (через укладення договорів за відповідними пакетами) – для фінансування медичної та психологічної допомоги в межах ПМГ (див. п. 6.2).
- 7. Кошти місцевих програм соціально-економічного розвитку** – можуть передбачати окремі проєкти облаштування ПДД.

6.2. Пакети НСЗУ для психологічної допомоги дітям

Медичні заклади, які створили ПДД та мають у штаті відповідних фахівців (психолога, психотерапевта), можуть укласти договір з НСЗУ на надання медичних послуг в межах Програми медичних гарантій. На 2025-2026 роки передбачено такі пакети:

- **Пакет “Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального здоров’я” (з 2025 р.):** Надає можливість фінансувати психологічну допомогу дітям. Тариф включає консультації фахівців, діагностику та корекційні заняття.
- **Пакет “Медична допомога дітям, які потребують лікування та постійного спостереження” (з 2026 р.):** Включає психологічний супровід для дітей з хронічними захворюваннями.

- **Пакет “Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям”:** Може фінансувати психологічну підтримку дітей, які отримують паліативну допомогу.
- **Базова капітаційна ставка** на 2025 рік становить 844,4 грн на одну особу на рік (зросла з 786,65 грн у 2024 році). До цього тарифу інтегровано базову психологічну підтримку на первинному рівні.

Психологічна та психіатрична допомога є безоплатною для пацієнтів у закладах, які мають відповідний контракт з НСЗУ. Знайти лікарню чи лікаря для отримання такої допомоги можна на сайті НСЗУ в розділі “Аналітичні дані”. З початку 2025 року діє новий пакет “Психосоціальна і психіатрична допомога дорослим та дітям”. У 2025 році до ПМГ увійшов також пакет для мобільних мультидисциплінарних команд, які надають психіатричну допомогу дітям за місцем їхнього перебування.

6.3. Отримання статусу надавача соціальних послуг

Альтернативним чи додатковим шляхом фінансування ПДД є отримання статусу надавача соціальних послуг відповідно до Порядку надання соціальних послуг (Постанова КМУ). Це дає можливість залучати кошти на:

1. **Соціальну послугу денного догляду дітей з інвалідністю (Державний стандарт МСП №119-Н від 05.04.2023):** Визначає зміст, обсяг, умови та порядок надання цієї послуги дітям віком від 3 до 18 років. Послуга спрямована на соціальну адаптацію, розвиток навичок самообслуговування, організацію дозвілля та надання допомоги сім’ям. Медичний заклад може отримати статус надавача такої послуги, укомплектувавши штат відповідними фахівцями та забезпечивши матеріально-технічну базу.
2. **Соціальну послугу з комплексного розвитку та догляду дітей з інвалідністю (Експериментальний проект, Постанова КМУ №764 від 25.06.2025):** Відкриває нові можливості для фінансування догляду та розвитку дітей з інвалідністю в ПДД.
3. **Соціальну складову послуги раннього втручання (Експериментальний проект, Постанова КМУ №788 від 02.07.2025):** Дозволяє фінансувати послуги для дітей віком від 0 до 4 років, які мають порушення розвитку або ризики їх виникнення. Послуга раннього втручання передбачає мультидисциплінарний підхід.

Практичні кроки для отримання статусу надавача соціальних послуг:

1. Призначити відповідальну особу за реєстрацію.
2. Підготувати пакет документів (статутні документи, довідки, інформацію про приміщення, обладнання, штатний розклад).
3. Подати заяву та документи до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення відповідної ОМС або до МСП через портал е-послуг.
4. Пройти перевірку на відповідність Державним стандартам.

5. Укласти договір про надання соціальних послуг з уповноваженим органом.

6.4. Дорожня карта для органів місцевого самоврядування: практичні кроки

1. Аналіз потреб:

- Провести аудит наявних медичних закладів на предмет придатності для створення ПДД.
- Визначити потреби дітей та сімей у громаді через опитування, фокус-групи.
- Проаналізувати наявність фахівців (психологів, соціальних працівників, арттерапевтів).

2. Планування та проєктування:

- Розробити проєкт облаштування ПДД з урахуванням принципів Універсального дизайну та ДБН.
- Визначити джерела фінансування (місцевий бюджет, гранти).
- Розробити положення про ПДД, визначити структуру управління, штатний розклад, режим роботи.

3. Облаштування:

- Провести ремонт приміщення згідно з проєктом.
- Придбати меблі, іграшки, матеріали, обладнання.
- Узгодити дизайн-проєкт відповідно до психологічних вимог.

4. Кадрове забезпечення:

- Забезпечити наявність кваліфікованих фахівців (психолог, соціальний працівник, педагог).
- Провести навчання персоналу (травмоорієнтований підхід, арттерапія, перша психологічна допомога) з використанням методичних матеріалів.

5. Юридичне оформлення та фінансування:

- Укласти договори з НСЗУ на відповідні пакети.
- У разі потреби отримати статус надавача соціальних послуг.
- Подати заявки на грантові програми.

6. Запуск та моніторинг:

- Провести інформаційну кампанію серед населення про відкриття ПДД.
- Розробити систему моніторингу та оцінки ефективності роботи простору (збір зворотного зв'язку, відстеження відвідуваності, аналіз змін у психоемоційному стані дітей).
- Проводити регулярну супервізію для фахівців.

Розділ 7.

ІНФОРМУВАННЯ ВІДВІДУВАЧІВ ПРО ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Психологічна допомога дитині, яка перебуває в лікарні, є відносно новим досвідом для системи охорони здоров'я України. Навіть коли медичний заклад має можливість і організовує відповідну послугу – простір, дружній до дитини, окремі консультації психолога або облаштований дитячий куточок – відвідувачі не завжди про це знають. Більше того, вони можуть не бути готовими звертатися по допомогу або не до кінця розуміти, для чого цей ресурс створено і як саме він може підтримати їхню сім'ю.

Саме тому створення ПДД не завершується ремонтом приміщення та укомплектуванням штату. Не менш важливим етапом є системне інформування відвідувачів про наявність, зміст і доступність цієї послуги. Комунікація виконує одразу кілька функцій: інформаційну (люди знають, що послуга існує), роз'яснювальну (люди розуміють, навіщо вона потрібна і як працює) та нормалізувальну (звернення по психологічну допомогу перестає сприйматися як щось виняткове або соромне).

Досвід реалізації проекту в Прилуцькій міській дитячій лікарні показав, що ефективною є комбінація кількох каналів інформування:

- **Друковані матеріали в місцях найбільшого потоку відвідувачів.** Короткі брошури або аркуші з інформацією про простір доцільно розмішувати на реєстратурі, у зонах очікування, на інформаційних стендах відділень та безпосередньо в палатах. Важливо, щоб ці матеріали були написані простою, доступною мовою, містили відповіді на найпоширеніші запитання (хто може звернутися, як це відбувається, скільки це коштує) та контакти фахівця або розклад роботи простору.
- **Публікації в місцевих засобах масової інформації.** Співпраця з місцевими газетами, радіо чи телебаченням дає змогу охопити ширшу аудиторію, зокрема тих, хто ще не став відвідувачем лікарні, але може потребувати цієї інформації в майбутньому. Такі публікації доцільно готувати у форматі коротких новин або інтерв'ю з фахівцями простору.
- **Анонси та публікації в соціальних мережах.** Офіційні сторінки медичного закладу або органу місцевого самоврядування у Facebook, Instagram, Telegram є швидким і безкоштовним інструментом інформування. Анонси про відкриття простору, зміни в розкладі, спеціальні заходи або просто нагадування про те, що послуга доступна, допомагають підтримувати постійний контакт з аудиторією.

Якщо послуга є безкоштовною, має певний розклад роботи або інші особливості (наприклад, необхідність попереднього запису), ця інформація повинна бути в легкому доступі – безпосередньо в лікарні, на офіційному вебсайті закладу та на його сторінках у соціальних мережах. Відсутність чіткої інформації про те, що послуга безоплатна, може стати бар'єром для сімей, які побоюються додаткових фінансових витрат.



**Інформаційний банер Простору,
встановлений біля реєстратури Прилуцької міської дитячої лікарні**

Окремим дієвим інструментом комунікації є публікація відгуків батьків, які скористалися послугою, та розповідей про конкретні кейси роботи простору. Такі матеріали доцільно час від часу розміщувати в соціальних мережах. Вони виконують одразу кілька завдань: демонструють реальну користь послуги, формують довіру до простору через досвід таких самих батьків, знижують психологічний бар'єр перед зверненням. При цьому обов'язковою умовою є отримання згоди батьків на публікацію відгуку або згадки про їхню сім'ю. Публікація має бути етичною, не порушувати конфіденційність і не містити жодної медичної або особистої інформації без прямого дозволу.

Отже, комунікаційний супровід є невід'ємною частиною впровадження простору, дружнього до дитини. Навіть найкраще облаштований простір і найфаховіший психолог не зможуть виконати своє завдання, якщо відвідувачі просто не знають про їхнє існування або не розуміють, як і для чого звертатися. Системне інформування через друковані матеріали, місцеві ЗМІ, соціальні мережі та публікацію відгуків допомагає подолати цей бар'єр і робить послугу по-справжньому доступною для тих, хто її потребує.



**Інформаційні матеріали (листівка)
про діяльність Простору**

ВИСНОВКИ

Створення в медичних закладах просторів, дружніх до дитини, є необхідною умовою для реалізації права дитини на охорону здоров'я в умовах, що не травмують її психіку, сприяють одужанню та підтримують зв'язок із сім'єю. Ці методичні рекомендації, розроблені з урахуванням міжнародних стандартів ВООЗ та ЮНІСЕФ, українського законодавства та найкращих практик, створюють системну основу для роботи органів місцевого самоврядування.

Впровадження цих рекомендацій дозволить:

- Знизити рівень стресу та тривоги у дітей під час перебування в лікарні.
- Підвищити якість та доступність медичної допомоги для дітей, зокрема з уразливих груп.
- Покращити психологічну підтримку дітей та їхніх батьків із застосуванням доказових методів (арттерапія, казкотерапія, травмоорієнтований підхід).
- Підвищити професійний рівень медичного та психологічного персоналу.
- Інтегрувати медичні заклади в систему соціальних послуг громади, залучаючи додаткові джерела фінансування через НСЗУ та соціальні пакети.

Подальші кроки для органів місцевого самоврядування:

1. Включити створення просторів, дружніх до дитини, до місцевих програм соціально-економічного розвитку та бюджетів.
2. Ініціювати пілотні проекти в одному-двох медичних закладах громади для апробації рекомендацій.
3. Встановити партнерські відносини з міжнародними організаціями для залучення технічної та фінансової допомоги.
4. Проводити навчання та підвищення кваліфікації фахівців, які працюватимуть у таких просторах.
5. Забезпечити системний моніторинг та оцінку ефективності створених просторів.

Впровадження цих методичних рекомендацій дозволить створити в Україні мережу сучасних, безпечних та психологічно комфортних просторів, які стануть невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, дружньої до дитини, та зроблять вагомий внесок у реалізацію Національної стратегії забезпечення права кожної дитини на зростання в сімейному оточенні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конвенція ООН про права дитини. 1989.
2. Закон України «Про охорону дитинства». 2001.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я. 1992.
4. Наказ МОЗ України від 28.10.2011 № 715 «Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи "Лікарня, доброзичлива до дитини" в Україні».
5. Наказ МОЗ України від 06.02.2024 № 198 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я».
6. Наказ МОЗ України від 29.09.2025 № 1500 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення оцінки стану розвитку дитини раннього віку».
7. Наказ МОЗ України від 03.12.2024 № 2003 «Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей».
8. Наказ МОЗ України від 13.10.2024 № 1590 «Про затвердження Критеріїв оцінювання фізичного розвитку дітей віком до 18 років».
9. Наказ Мінсоцполітики України від 05.04.2023 № 119-Н «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги денного догляду дітей з інвалідністю».
10. ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення».
11. Указ Президента України №859/2025 від 24.11.2025. Національна стратегія забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки.
12. Постанова КМУ №764 від 25.06.2025 «Про реалізацію експериментального проекту із закупівлі соціальної послуги з комплексного розвитку та догляду дітей з інвалідністю».
13. Постанова КМУ №788 від 02.07.2025 «Про реалізацію експериментального проекту щодо запровадження договірної форми надання соціальної складової послуги раннього втручання».
14. Програма медичних гарантій на 2025 рік. НСЗУ. 2025.
15. Методичні рекомендації «Універсальний дизайн у медичних закладах». ПРООН. 2019.

16. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: WHO, 2018.
17. World Health Organization Regional Office for Europe. Children's rights in hospital. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: SAMHSA, 2014.
19. UNICEF East Asia and Pacific Regional Office. Disability Inclusive and Accessible Child Friendly Spaces in Humanitarian Action. Bangkok: UNICEF, 2024.
20. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: WHO, 2009.
21. AAP Clinical Report. Trauma-Informed Care in Child Health Systems. Pediatrics. 2024.
22. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арттерапія в подоланні психічної травми: практичний посібник. Київ: Золоті ворота, 2016.
23. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арттерапії: навч.-метод. посіб. Львів: ЛьвДУВС, 2020.
24. Назаревич В. В. Програма психологічного супроводу «Психологічна підтримка соматично ослаблених дітей методами арттерапії»: авторська програма.
25. Назаревич В., Матухно Є. Арттерапевтична казка як особистий міф // Простір арттерапії: мистецтво стосунків у танці життя: матеріали XVIII Міжнародної міждисциплінарної наук.-практ. конф. Київ, 2021.
26. Назаревич В. В., Бореичук І. О. Застосування арттерапевтичних методів у психологічному консультуванні // Психологія: реальність і перспективи. 2015. Вип. 5.
27. Бореичук І. О., Назаревич В. В., Шарак Д. О. Функції фотографії як психологічного тригера // Психологія: реальність і перспективи. 2017. Вип. 9.
28. Концепція впровадження арттерапії в дитячих лікарнях. Київ, 2007.
29. Плетка О. Психосоціальна підтримка підлітків, що пережили страхіття війни. Методичний посібник. К.: Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ», 2022.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Приклад короткої інструкції для батьків «Як підтримати дитину в лікарні»

Ця інструкція – не про те, як стати ідеальним спокійним дорослим. Вона про те, як подбати про себе, щоб мати змогу бути поруч із дитиною. Ви вже робите найголовніше – ви тут.

СПОЧАТКУ – ПРО ВАС

Перебування в лікарні з дитиною – це складно. Страх, розгубленість, виснаження, роздратування, безсилля – усе це нормальна реакція живої людини на ненормальні обставини. Ви не повинні бути беземоційним роботом. Ви маєте право втомлюватися, хвилюватися і потребувати допомоги.

Принцип кисневої маски: спочатку подбайте про себе – настільки, наскільки це можливо в цій ситуації. Навіть маленька турбота про власний стан (ковток води, кілька повільних видихів, 10 хвилин із заплющеними очима) – це не егоїзм. Це те, що дасть вам сили бути поруч із дитиною далі.

Найкраще, що ви можете зараз дати дитині, – це не ідеальний спокій, а вашу присутність. Але щоб бути присутнім, потрібно трохи подбати про себе.

До процедури

Спокійно і коротко поясніть дитині, що відбуватиметься. Уникайте обману або надмірного заспокоєння («зовсім не буде боляче»), якщо це не відповідає реальності. Дитині важливі чесність і передбачуваність.

Ключові правила комунікації:

- Говоріть просто, без зайвих медичних термінів.
- Дивіться в очі, опустіться до рівня дитини.
- Дайте можливість поставити запитання; якщо мовчить – це нормально.

Рекомендовані фрази:

- «Зараз лікар подивиться тебе».
- «Може бути неприємно, але я буду поруч».
- «Якщо стане страшно – скажи мені або візьми за руку».

Запропонуйте вибір (в межах реального):

- стояти чи сидіти;
- тримати іграшку чи вашу руку;

- дивитися на вас чи на картинку;
- зробити це разом (наприклад, «Давай разом подихаємо перед цим»).

Під час процедури

Залишайтеся поруч, зберігайте спокійний тон і короткі фрази. Не вимагайте негайно «заспокоїтися» і не сваріть за сльози чи напруження.

Що робити:

- дихайте разом повільно;
- тримайте зоровий контакт;
- говоріть тихо, монотонно.

Підтримувальні фрази:

- «Я тут».
- «Ти справляєшся».
- «Давай разом подихаємо».
- «Можеш дивитися на мене».
- «Ще трохи – і все закінчиться».

Чого уникати:

- зайвих слів і пояснень;
- оцінок («ти ж хоробрий/хоробра»).
- порівнянь з іншими дітьми.

Після процедури

Визнайте переживання дитини. Не знецінюйте («бачиш, нічого страшного»). Натомість підтвердьте реальність її почуттів.

Кращі фрази:

- «Тобі було непросто, і ти впорався/впоралася».
- «Я бачила, що тобі було страшно».
- «Тепер можна відпочити».

Запропонуйте простий ресурс:

- вода,
- обійми (якщо дитина хоче);
- тиша та спокій;
- малювання або наліпки.

ЯКЩО ВИ НЕ МОЖЕТЕ СТРИМАТИ ВЛАСНИХ ЕМОЦІЙ

Це трапляється. Ви жива людина. Якщо сльози підступають або голос тремтить – не намагайтеся це заперечувати. Дитина все одно відчуває ваш стан, а спроба вдавати, що «все добре», коли це не так, може налякати її ще більше. Натомість можна сказати:

«Мама зараз трохи хвилюється, бо переживає за тебе. Це нормально. Я поруч, я з цим впораюсь, і ми разом».

Так ви даєте дитині досвід: емоції – це не страшно. Дорослий теж може хвилюватися, але він не руйнується від цього, він справляється. Саме це – справжня опора, а не ідеальна маска спокою.

Що важливо пам'ятати батькам

Реакції дитини (плач, страх, мовчання, протест) – це нормальна відповідь на стрес. Дитина має право відчувати, не приховувати емоцій та не відповідати дорослим «правильно».

Ваші реакції (страх, втома, роздратування, сльози) – це також нормальна відповідь на стрес. Ви маєте право на всі ці почуття. Ви не стаєте «поганою матір'ю» чи «поганим батьком» від того, що вам важко.

Ваша роль:

- бути спокійним орієнтиром;
- говорити правду про те, що буде (наскільки це можливо);
- не соромити і не тиснути;
- дозволити дитині бути собою;
- подбати про себе настільки, наскільки це можливо;
- не вимагати від себе ідеальності;
- пам'ятати, що справжня опора для дитини – це не беземоційність, а ваша стійка присутність;
- просити про допомогу, коли вона потрібна – це відповідальна поведінка, а не слабкість.

Запам'ятайте:

Найкраща допомога з боку дорослого – це спокійна присутність, чесність, короткі пояснення, передбачуваність і дозвіл дитині бути в контакті зі своїми почуттями без осуду. *А щоб мати на це сили – дайте собі дозвіл бути не ідеальним, а просто присутнім. Цього вже достатньо.*

Додаток Б.

Приклад короткої інструкції для батьків «Коли ви поруч з дитиною в лікарні»

КОЛИ ВИ ПОРУЧ ІЗ ДИТИНОЮ В ЛІКАРНІ

Кілька слів для дорослого, який тримає цей аркуш

СПОЧАТКУ – ПРО ВАС

Якщо ви зараз читаете ці рядки, вам, імовірно, непросто. Ваша дитина потребує медичної допомоги і вашої підтримки, в той час як ви самі можете відчувати страх, розгубленість, виснаження, роздратування, безсилля, будь що. Все це нормальна реакція живої людини на складну ситуацію. Ви не повинні бути ідеальним спокійним роботом. Ви маєте право втомлюватися, хвилюватися і потребувати допомоги.

Найкраще, що ви можете дати зараз дитині, — це не ідеальний спокій, а вашу присутність. Але щоб бути присутнім, потрібно трохи подбати про себе.

Принцип кисневої маски: спочатку маску на себе, потім — на дитину. Це не егоїзм. Це умова, за якої ви взагалі матимете сили для допомоги своїй дитині.

ТРИ ШВИДКІ ТЕХНІКИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СИЛ

Їх можна зробити непомітно, навіть сидячи біля ліжка.

1. Довгий видих (30 секунд)

Вдихніть носом — звичайно, не глибоко. Видихніть ротом — повільно, довше, ніж вдихали. Ніби випускаєте повітря через тоненьку трубочку. Повторіть 3-4 рази. Це трохи сповільнює серцебиття.

2. Заземлення (1 хвилина)

Подумки назвіть:

- 3 речі, які ви бачите
- 2 звуки, які ви чуєте
- 1 відчуття тіла (ступні на підлозі, спина на стільці, тканина одягу на плечах)

Це повертає увагу з тривожних думок у реальність — тут і зараз.

3. Скидання напруги через руки (30 секунд)

Сильно стисніть кулаки на 5 секунд. Різко розтисніть, струсніть кистями. Повторіть 3 рази. Напруга частково йде через цей простий рух.

ПОБУТОВІ ДРІБНИЦІ, ЯКІ МАЮТЬ ЗНАЧЕННЯ

Сон. Коли дитина спить — спить або хоча б лежить із заплющеними очима. Не використовуйте цей час для «переробити всі справи». Сон — ваше паливо.

Їжа і вода. Навіть якщо немає апетиту — пийте воду потроху. Зневоднення непомітно підсилює тривогу.

Особисті ліки. Якщо ви приймаєте щось на постійній основі — переконайтеся, що вони у вас є. Якщо закінчуються — скажіть медсестрі або лікарю. Це не дрібниця.

Подовжувач для розетки, беруші, маска для сну, вологі серветки. Ці прості речі іноді рятують більше, ніж довгі розмови.

Змінний одяг для себе. Ви маєте право на комфорт.

ЯКЩО ПРИХОВАТИ СВІЙ СТАН ВІД ДИТИНИ НЕ ВДАЛОСЯ

Дитина не потребує, щоб ви були беземоційним. Вона потребує, щоб ви були поруч. Якщо сльози підступають, а голос тремтить, можна сказати:

«Мама зараз трохи хвилюється, бо переживає за тебе. Це нормально. Я поруч, я з цим впораюсь, і ми разом».

Це дає дитині досвід: емоції — це не страшно, з ними можна бути поруч.

ЯКЩО ЗОВСІМ ВАЖКО

Попросіть про допомогу. У медсестри, у лікаря, у психолога (якщо він є у відділенні). Сказати «Мені потрібна допомога» — це не слабкість. Це відповідальна поведінка дорослої людини.

Якщо є можливість — попросіть когось підмінити вас хоча б на кілька годин. Ви не зобов'язані бути тут 24 години на добу без перерви. Вашій дитині потрібні не ви на межі, а ви — наскільки це можливо — у ресурсі.

Ви вже робите найголовніше — ви поруч. Цього достатньо.

Решта — по можливості.

Додаток В.

Перелік рекомендованих матеріалів для мобільного артнабору психолога: склад, формування та використання

Призначення набору

Мобільний артнабір – це базовий інструмент для короткої психологічної підтримки дитини безпосередньо в палаті, зоні очікування або біля ліжка. Він дає змогу швидко встановити контакт, провести стабілізаційну вправу та не потребує окремого приміщення.

Рекомендований склад

Матеріали для малювання та творчості:

- воскові олівці (6–12 кольорів; не крихкі, без паперового покриття);
- білий папір формату А4 (10–20 аркушів);
- кольоровий папір (базові кольори, 5–10 аркушів);
- наліпки або стікери (різноманітні, яскраві, без дрібних деталей);
- фломастери на водній основі (за потреби).

Допоміжні матеріали:

- сигнальні картки (зелена, жовта, червона) для комунікації стану;
- одноразові серветки (вологі та паперові);
- безпечний пластилін або тісто для ліплення (1–2 упаковки);
- ножиці з безпечними кінцями (заокруглені леза);
- клей-олівець.

Для зберігання та систематизації:

- папка-конверт для дитячих робіт;
- невеликий пластиковий контейнер для дрібних предметів.

Принципи формування набору

Критерій	Пояснення
Безпека	відсутність дрібних деталей, гострих країв, токсичних матеріалів
Простота	матеріали не потребують інструкцій, доступні інтуїтивно
Гігієнічність	можливість швидкого очищення або одноразового використання
Мобільність	легка вага, компактність, стійкість до пошкоджень

Принципи використання

1. Не перевантажуйте дитину. Пропонуйте 2–3 види матеріалів одночасно, а не весь набір.
2. Орієнтуйтеся на процес, а не на результат. Важливі вибір кольору, ритм руху руки, можливість завершити дію.
3. Дотримуйтеся добровільності. Якщо дитина не хоче малювати – запропонуйте інший предмет або зробіть паузу.
4. Адаптуйте до стану: для лежачої дитини – менший формат аркуша, менше кольорів, коротша інструкція.

Психологічна функція

Навіть простий вибір (колір, наліпка, картка) допомагає дитині відновити відчуття контролю в ситуації, де більшість рішень приймають дорослі. Набір реалізує принцип:

«Простір підтримки приходить до дитини»

Це особливо важливо для ослаблених пацієнтів, дітей з катетерами, у гіпсі, або тих, хто не може виходити в спільну зону.

Підсумок: мобільний артнабір – обов'язковий елемент роботи психолога в медичному закладі, який підвищує доступність допомоги та відповідає принципам травмоорієнтованого підходу.

Додаток Г.

Система кольорових сигналів для оцінки стану дитини

Призначення системи

Сигнальна система – це простий, візуально зрозумілий інструмент, який допомагає дитині повідомляти про свій стан дорослому без складних пояснень. Вона особливо ефективна для дітей, які:

- не готові або не можуть вербалізувати емоції;
- перебувають у стані стресу, виснаження, тривоги;
- мають мовленнєві труднощі або вікові особливості.

Опис сигналів

Колір	Назва стану	Що означає для дитини	Що робить дорослий
ЗЕЛЕНИЙ	"Я можу"	Спокійна, готова до контакту, взаємодії або процедури	Продовжувати, пропонувати активності, підтримувати контакт
ЖОВТИЙ	"Мені потрібна пауза"	Напружена, втомлена, невпевнена, потребує адаптації	Зробити паузу, знизити інтенсивність, запитати про потреби, говорити повільніше
ЧЕРВОНИЙ	"Мені важко"	Сильний страх, біль, перевантаження, відмова від контакту	Негайно зупинити взаємодію, зменшити вимоги, забезпечити безпеку, дати час на саморегуляцію, за потреби залучити лікаря

Практичне застосування

Картки можна:

- покласти на видне місце в палаті;
- тримати в мобільному артнаборі;
- запропонувати дитині перед процедурою;
- використовувати повторно під час тривалої взаємодії.

Алгоритм знайомства:

1. Покажіть дитині картки.
2. Коротко поясніть значення: «Зелений – все добре. Жовтий – треба перепочити. Червоний – зупинитися».

3. Попросіть обрати ту, яка відповідає її стану «*зараз*».

4. Прийміть вибір без оцінювання. Якщо дитина не може обрати – запропонуйте «жовтий» як нейтральний варіант.

Переваги системи

- Дає дитині відчуття контролю в ситуації, де багато що від неї не залежить.
- Знижує конфлікти, примус і поведінкові реакції протесту.
- Полегшує роботу медперсоналу та психолога (швидка оцінка стану).
- Формує передбачуваність, зменшує тривогу.

Важливе застереження

Дорослий має справді реагувати на сигнал дитини. Якщо після вибору червоної картки взаємодія триває – система втрачає довіру та сенс.

Картки – це інструмент комунікації, а не дисципліни.

Додаток Д.

Кейс м. Прилуки: досвід створення простору, дружнього до дитини

Загальна інформація

У **Прилуцькій міській дитячій лікарні** (Чернігівська область) реалізовано проєкт «Створення простору, дружнього до дитини, в складних життєвих обставинах». Це один із перших в Україні комплексних прикладів створення ПДД на рівні окремої громади з повним циклом: від ремонту до психологічного супроводу.

Організатори та партнери

- **Впровадження:** ГО «KICAP» (Київський інститут стратегічного аналізу та реформ).
- **Фінансова підтримка:** БО «Українська освітня платформа» в межах проєкту «Підтримка проєктів для дітей-сиріт та дітей у складних життєвих обставинах».
- **Партнерство:** Прилуцька міська рада, адміністрація лікарні.

Характеристики простору

Параметр	Опис
Місце розташування	окреме приміщення в структурі дитячої лікарні
Принципи дизайну	універсальний дизайн, безбар'єрність, спокійна кольорова гама (пастельні тони)
Зонування	зона гри, зона творчості, зона психологічного розвантаження (намет, пуфи), куточок для батьків
Матеріали	екологічні, гіпоалергенні, легкі в очищенні

Функціонал простору

- надання психологічної підтримки дітям та батькам;
- арттерапевтичні заняття (індивідуальні та групові);
- казкотерапія, стабілізаційні техніки;
- інформування батьків з питань здоров'я, розвитку та стресу;
- зона очікування прийому.

Кадрове забезпечення

- практичний психолог (травмоорієнтований підхід);
- фахівець з арттерапії;
- соціальний працівник;
- навчання персоналу проводилося в межах проекту.

Фінансування

- кошти місцевого бюджету (ремонт опалення, електрики);
- грантова підтримка (обладнання, меблі, матеріали, навчання);
- залучення благодійних внесків.

Результати (перші 6 місяців роботи)

Кількісні результати

- понад 50 дітей отримали психологічну та терапевтичну підтримку

Якісні результати (за відгуками):

- зниження рівня тривоги перед процедурами;
- покращення емоційного стану маленьких пацієнтів;
- позитивний зворотний зв'язок від медперсоналу;
- формування довірливих стосунків між батьками та лікарями.

Інноваційна ідея

У межах проєкту виникла пропозиція запровадити в медичному закладі окрему посаду **«асистент дитини в медичному закладі»** – фахівця, який супроводжує дитину під час перебування в лікарні, пояснює процедури, допомагає з ритуалами безпеки. Це може стати наступним кроком розвитку концепції.

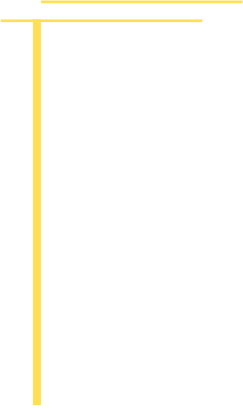
Масштабування

Досвід Прилук може бути використаний іншими громадами України за умови:

- наявності приміщення в медзакладі;
- підготовки хоча б одного фахівця (психолога);
- початкового бюджету на меблі та матеріали ($\approx 80\text{--}120$ тис. грн);
- партнерства з місцевою владою.

Висновок: навіть у межах однієї дитячої лікарні можна створити ефективну, сталу модель простору, дружнього до дитини, яка реально впливає на якість перебування дітей у лікарні.

Для нотаток



СТВОРЕННЯ ДРУЖНІХ ДО ДИТИНИ ПРОСТОРІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Відповідальний за дизайн: Койнов О.Г.

Редагування: Козак В.І.

Підготовлено на замовлення громадської організації «Київський інститут стратегічного аналізу та реформ «KICAP» в межах проекту «Створення простору, дружнього до дитини, в складних життєвих обставинах на базі Прилуцької міської дитячої лікарні», що реалізується за фінансової підтримки Благодійної організації «Українська освітня платформа».

Тел. +38 (093) 55 22 303

e-mail: kisar.ngo@gmail.com

<https://kisar.org.ua/>

