

Міністерство освіти і науки України
Полтавський державний медичний університет
Міністерство охорони здоров'я України
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГАВЛОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ДАНИЛОВИЧ

УДК: 616.127-005.8-085

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО
КОНФЛІКТУ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ**

14.02.03 — соціальна медицина

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 О. Д. Гавловський
(підпис, ініціали і прізвище здобувача)

Науковий консультант:

Голованова Ірина Анатоліївна, доктор медичних наук, професор

Полтава – 2023

АНОТАЦІЯ

Гавловський О. Д. Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Дисертація виконана в Полтавському державному медичному університеті (Полтава).

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді Д 26.613.07 Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2023.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дисертаційне дослідження присвячене вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – відновленню психічного здоров'я ветеранів війни, учасників бойових дій, членів їхніх сімей шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження за окремими елементами системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Мета роботи полягала в медико-соціальному обґрунтуванні й розробці системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами та впровадженні окремих елементів моделі в сферу охорони здоров'я України.

Результатом бойових дій на Сході України, які розпочалися в 2014 році, стало підвищення потреб військовослужбовців, ветеранів війни, членів їхніх родин та населення в психологічній допомозі, що обумовлює актуальність дослідження. За науково доведеними даними, посттравматичний стресовий розлад виявляється в 45,0-60,0 % військовослужбовців, безпосередньо залучених

до бойових дій; більше 3 000 військових вже на кінець 2014 р. одержали психологічні травми різної тяжкості. У військовослужбовців-учасників АТО емоційно-психологічні проблеми переважають над фізичним дефектом; обмеження життєдіяльності найчастіше зумовлене порушеннями когнітивних функцій і емоційного стану, відчуттям болю.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється тим, що в Україні реабілітація військовослужбовців не скоординована, розсосереджена між різними міністерствами і відомствами, немає чітко прописаного маршруту пацієнта, не сформовані освітні програми для закладів вищої медичної освіти, які готують фахівців з реабілітації.

Дослідження виконувалося відповідно до розробленої програми.

Інформаційною базою дослідження обрано дані Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни; Полтавського обласного клінічного госпіталю для інвалідів війни Полтавської обласної ради; Кременчуцького обласного госпіталю для ветеранів війни; КЗ «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни» Полтавської обласної ради.

На першому етапі проведено аналіз світових і вітчизняних інформаційних ресурсів Pubmed, Medscape, American Heart Association, the American College of Cardiology, ВООЗ, досвіду України й інших країн, наукових літературних джерел; вивчення результатів наукових досліджень епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику їх виникнення й організації системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні. Проведений літературний пошук показав, що в Україні наявна система госпіталів, які надають медичну, у тому числі реабілітаційну, допомогу ветеранам, але недосконала система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту.

Другий етап роботи містить програму дослідження, де логічно обґрунтовано всі етапи виконаних завдань задля досягнення поставленої мети. Аргументовано необхідність використання ряду методів дослідження, завдяки яким здійснювалося досягнення поставленої мети.

На третьому етапі визначали контингент осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг. Установлено, що чисельність контингенту ветеранів війни за 2016-2018 роки збільшилася на 27,4%, учасників бойових дій – на 14,3%. Кількість учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку, та пролікованих впродовж трьох років, зросла на 42,8% та на 28,0% відповідно; кількість інвалідів війни зменшилася на 9,5% за рахунок першої та другої груп, чисельність інвалідів третьої групи зросла на 16,5%.

На четвертому етапі досліджували психічний стан населення й учасників АТО в період збройного конфлікту в Україні, зокрема, Полтавській області. Захворюваність на розлади настрою (афективні розлади) жителів Полтави й області зменшилась відповідно на 33,3% та 51,0%, а поширеність – навпаки, зросла на 17,8% у Полтаві та на 8,9% - у області. Аналогічно зменшувалась захворюваність на невротичні соматичні розлади жителів Полтави – на 7,8% і Полтавської області – на 35,4% та зростала поширеність на 14,9% і 14,4% відповідно. Захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації зросла на 64,2% у Полтаві й на 68,4% – у Полтавській області.

На п'ятому етапі з'ясовували фактори, що впливають на виникнення стрес-асоційованих розладів. Виявлено, що безробіття, з одного боку, збільшує апатію в 4,5 рази ($p=0,002$) і знижує працездатність у 3,5 рази ($p<0,001$), але, з іншого, – у непрацевлаштованих кращий сон; одружені в 5,4 раза частіше мали такий прояв як «грудка в горлі» (ВШ 5,4; [95% ДІ (2,226-13,098)]), ($p<0,001$). У чоловіків у 1,8 рази частіше трапляється відчуття збудливості (ВШ 1,8; [95% ДІ (2,226-13,098)]), ($p=0,001$), а в жінок – відчуття «грудки в горлі» (на 10%), ($p=0,011$). Установлено значущі розбіжності за Міссісіпською шкалою між рівнем депресії й тривоги в добровольців і мобілізованих: у добровольців рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – $73,8 \pm 5,5$, а в мобілізованих – $62,5 \pm 2,9$ ($p=0,050$). У бійців, які проживають одні, рівень ПТСР становив $72,9 \pm 5,3$, а в тих, які проживають із родиною, – $62,3 \pm 2,5$ ($p=0,049$). За шкалою депресії Бека, у тих, хто проживає один, її рівень складає $11,5 \pm 2,0$ проти тих,

хто живе з родиною – $6,7 \pm 0,8$ ($p=0,010$). За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень тривожності $41,6 \pm 1,6$ у самотніх проти $36,3 \pm 1,1$ – у тих, хто проживає з родиною ($p=0,012$); рівень особистісної тривожності складає $50,72 \pm 1,2$ – у самотніх, проти $45,25 \pm 0,9$ – у людей, які живуть із родиною ($p=0,002$).

Установлено значущі шанси появи ПТСР, асоційовані з цінностями: вони підвищуються в тих, хто серед цінностей адаптації не обрав здоров'я – у 2,2 рази (ВШ 2,2 [95% ДІ (0,970-4,863)]), мир – у 3,9 рази (ВШ 3,9 [95% ДІ (1,448-10,922)]), радість – у 4,8 рази (ВШ 4,8 [95% ДІ (1,776-13,379)]). Натомість шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю терпіння – на 71% (ВШ 0,295 [95% ДІ (0,106-0,816)]). За цінностями соціалізації шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не вважав значимим вірність, у 2,4 рази (ВШ 2,4 [95% ДІ (0,912-6,169)]), сім'ю – у 3,5 рази (ВШ 3,550 [95% ДІ (1,549-8,139)]).

Шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не визнавав усамітнення – на 88,0% (ВШ 0,124 [95% ДІ (0,043-0,358)]); рівність в стосунках з оточенням – на 66,5% (ВШ 0,345 [95% ДІ (0,127-0,936)]). Установлено фактори ризику виникнення ПТСР негативного дитячого досвіду: емоційне насильство – у 5 разів, відчуття приниження (ВШ 4,876 [95% ДІ (2,867-8,294)]), $p \leq 0,001$; фізичне насильство – у 7 разів (ВШ 6,726 [95% ДІ (3,854-11,739)]), $p \leq 0,001$ у тих, хто зазнав побоїв; домашнє насильство, яке проявлялося в тому, що били матір – у 4 рази (ВШ 4,421 [95% ДІ (2,644-7,391)]), $p \leq 0,001$; неблагополучні родини, де хтось із членів сім'ї вживав наркотики – у 2 рази (ВШ 2,203 [95% ДІ (1,326-3,660)]), $p = 0,013$; депресія в батьків – у 11 разів (ВШ 11,118 [95% ДІ (4,883-25,314)]), $p \leq 0,001$. Кумулятивний ризик виникнення психічних симптомів при перебуванні в АТО підвищувався з десятого місяця в самотніх учасників АТО, $\exp(\beta)$ 2,240 ($p=0,033$); у тих, які вказали на фактори фізичного й домашнього насильства, – (β) 2,983 ($p<0,001$) і (β) 2,890 ($p<0,001$) відповідно й наявності депресії у когось із батьків – (β) 3,352 ($p=0,002$).

Шостий етап охоплював аналіз нормативно-правової бази щодо медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в

Україні, який засвідчив, що однією з кардинальних проблем є відсутність єдиного логістичного механізму з медичного забезпечення учасників АТО в закладах охорони здоров'я Міністерства Збройних сил України й медичних закладах інших міністерств і відомств.

На сьомому етапі визначені недоліки наявної системи реабілітації учасників АТО в Україні: відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах закладів, підпорядкованих МО України; відсутність гарантованого пакету послуг із медичної реабілітації постраждалим в результаті збройного конфлікту, зокрема, пакету психосоціальної реабілітації; недостатня міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними та приватними надавачами соціальних і психологічних послуг, складний механізм міжгалузевої співпраці; неналежний рівень забезпечення фахівцями з реабілітації; втрата холистичного та комплексного підходів при плануванні реабілітаційних заходів; незадоволена потреба в реабілітації членів сімей учасників АТО; відсутність інформації в учасників АТО щодо можливості проведення реабілітації.

Виявлені недоліки обумовили необхідність медико-соціального обґрунтування та розробки системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, проведеного *на восьмому етапі дослідження*.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні: здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, суттєвими інноваційними елементами якої стали: Центр ветеранів у підпорядкуванні Міністерства у справах ветеранів, який виконує координаційну функцію в системі реабілітації; лікар для ветеранів, який координує надання медичної допомоги ветеранам війни/учасникам бойових дій в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги на персональному рівні; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, яка

безпосередньо надає реабілітаційну допомогу, забезпечує її якість і наступність реабілітаційних заходів на усіх етапах медичної допомоги.

Відмінністю запропонованої системи слід вважати наскрізне поетапне охоплення реабілітацією громадян різного віку з військовим обов'язком захищати Батьківщину (допризовників, призовників, учасників бойових дій і ветеранів війни), з послідовним використанням комплексу превентивних реабілітаційних заходів соціально-освітнього змісту та реабілітаційної психології для дітей та молоді та психологічної, психотерапевтичної, фізичної, соціальної реабілітації учасників бойових дій та членів їх сімей.

У запропонованій системі розмежовані функції між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ щодо системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами; розподілені обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв'язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем реабілітації постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію реабілітаційної допомоги постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: результати дослідження є підставою для створення якісно нової системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; підсумки дисертаційної роботи дозволяють

використовувати логічну модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі; визначено організаційні інструменти для налагодження послідовної реабілітації та взаємозв'язку між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я через департамент у справах ветеранів.

Упровадження результатів дослідження в практику проводилось на державному, галузевому й регіональному рівнях.

Запропонована та впроваджена за окремими елементами в закладах охорони здоров'я модель системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою.

Ключові слова: реабілітація, антитерористична операція, збройний конфлікт, стрес-асоційовані розлади, надання медичної допомоги.

ANNOTATION

Havlovskyy O.D. Medico-social substantiation of the system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders. –

Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialty 222 - Medicine, specialization 14.02.03 "Social medicine".

The dissertation was completed at Poltava State Medical University (Poltava).

The dissertation is defended in the specialized academic council D 26.613.07 of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2023.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The dissertation research is dedicated to the scientific vision of the problem of rehabilitation of those who suffered from the aftermath of an accidental conflict with stress-associated disorders.

The purpose of the work was the medical and social substantiation and development of a system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders and the implementation of individual elements of the model in the sphere of health care of Ukraine.

The result of hostilities in the East of Ukraine, which began in 2014, was an increase in the needs of military personnel, war veterans, members of their families and the population for psychological assistance, which determines the relevance of the study. According to scientifically proven data, post-traumatic stress disorder is found in 45.0-60.0% of servicemen directly involved in hostilities; by the end of 2014, more than 3,000 soldiers had received psychological injuries of varying severity. In servicemen participating in ATO, emotional and psychological problems prevail over physical defects; limitation of life activity is most often due to disorders of cognitive functions and emotional state, feeling of pain.

The urgency of the problem is greatly enhanced by the fact that in Ukraine, the rehabilitation of military personnel is not coordinated, dispersed among various

ministries and departments, there is no clearly prescribed route for the patient, and educational programs for higher medical education institutions that train rehabilitation specialists have not been formed.

The research was carried out in accordance with the developed program.

The data of the Ukrainian State Medical and Social Center of War Veterans were chosen as the information base of the study; Poltava Regional Clinical Hospital for the War Disabled of the Poltava Regional Council; Kremenchug regional hospital for war veterans; CC "Lubensky Regional Hospital for War Veterans" of the Poltava Regional Council.

At the first stage, an analysis of global and domestic information resources Pubmed, Medscape, American Heart Association, the American College of Cardiology, WHO, experience of Ukraine and other countries, scientific literary sources was performed; study of the results of scientific research on the epidemiology of stress-related disorders, risk factors for their occurrence, and the organization of the rehabilitation system for victims of the armed conflict in Ukraine.

The conducted literature search showed that Ukraine has a system of hospitals that provide medical, including rehabilitation, assistance to veterans, but an imperfect system of rehabilitation for victims of the armed conflict.

The second stage of the work contains a research program, which logically substantiates all stages of completed tasks in order to achieve the set goal. The need to use a number of research methods, thanks to which the goal was achieved, is argued.

At the third stage the contingent of persons affected by the armed conflict who are potential consumers of rehabilitation services was determined. It was established that the number of war veterans in 2016-2018 increased by 27.4%, combatants by 14.3%. The number of combatants registered at the dispensary and treated within three years increased by 42.8% and 28.0%, respectively; the number of war disabled persons decreased by 9.5% at the expense of the first and second groups, the number of disabled persons of the third group increased by 16.5%.

At the fourth stage, the mental state of the population and participants of the ATO during the armed conflict in Ukraine, in particular, Poltava region, was studied. The incidence of mood disorders (affective disorders) among residents of Poltava and the region decreased by 33.3% and 51.0%, respectively, and the prevalence, on the contrary, increased by 17.8% in Poltava and by 8.9% in the region.

Similarly, the incidence of neurotic somatic disorders in Poltava residents decreased by 7.8% and Poltava region by 35.4%, and the prevalence increased by 14.9% and 14.4%, respectively. The incidence of severe stress and adaptation disorders increased by 64, 2% in Poltava and 68.4% in Poltava region.

At the fifth stage, the factors affecting the occurrence of stress-related disorders were investigated. It was found that unemployment, on the one hand, increases apathy by 4.5 times ($p=0.002$) and reduces work capacity by 3.5 times ($p<0.001$), but, on the other hand, the unemployed have better sleep; married people were 5.4 times more likely to have such a manifestation as a "lump in the throat" (OR 5.4; [95% CI (2.226-13.098)]), ($p<0.001$). Men are 1.8 times more likely to have a feeling of excitability (OR 1.8; [95% CI (2.226-13.098)]), ($p=0.001$), and women have a feeling of a "lump in the throat" (by 10%) , ($p=0.011$).

Significant differences were found according to the Mississippi scale between the level of depression and anxiety in volunteers and mobilized: in volunteers, the level of post-traumatic stress disorder (PTSD) was 73.8 ± 5.5 , and in mobilized - 62.5 ± 2.9 ($p=0.050$) . The level of PTSD was 72.9 ± 5.3 in soldiers living alone, and 62.3 ± 2.5 in those living with their families ($p=0.049$). According to Beck's depression scale, those who live alone have a level of 11.5 ± 2.0 against those who live with a family - 6.7 ± 0.8 ($p=0.010$). According to the Spielberger-Hanin scale, the level of anxiety is 41.6 ± 1.6 in single people versus 36.3 ± 1.1 in those living with a family ($p=0.012$); the level of personal anxiety is 50.72 ± 1.2 - in single people, against 45.25 ± 0.9 - in people who live with a family ($p=0.002$).

Significant chances of the appearance of PTSD associated with values were established: they increase in those who did not choose health among the values of adaptation - by 2.2 times (OR 2.2 [95% CI (0.970-4.863)]), peace - in 3.9 times (OR

3.9 [95% CI (1.448-10.922)]), joy - 4.8 times (OR 4.8 [95% CI (1.776-13.379)]). On the other hand, the chances of PTSD occurrence decrease in those who did not choose patience as their value - by 71% (OR 0.295 [95% CI (0.106-0.816)]). According to the values of socialization, the chances of PTSD occurrence increase in those who did not consider loyalty to be important by 2.4 times (SS 2.4 [95% CI (0.912-6.169)]), family – by 3.5 times (SS 3.550 [95% CI (1.549-8.139)]).

The chances of PTSD occurrence decrease in those who did not recognize loneliness - by 88.0% (OR 0.124 [95% CI (0.043-0.358)]); equality in relations with the environment - by 66.5% (OR 0.345 [95% CI (0.127-0.936)]). Risk factors for the occurrence of PTSD of negative childhood experiences were established: emotional violence - 5 times, feeling of humiliation (OR 4.876 [95% CI (2.867-8.294)]), $p \leq 0.001$; physical violence - 7 times (OR 6.726 [95% CI (3.854-11.739)]), $p \leq 0.001$ in those who were beaten; domestic violence, which was manifested by beating the mother - 4 times (OR 4.421 [95% CI (2.644-7.391)]), $p \leq 0.001$; dysfunctional families where one of the family members used drugs - 2 times (OR 2.203 [95% CI (1.326-3.660)]), $p = 0.013$; depression in parents - 11 times (OR 11.118 [95% CI (4.883-25.314)]), $p \leq 0.001$. The cumulative risk of developing mental symptoms while staying in ATO increased from the tenth month in lonely ATO participants, exp (β) 2.240 ($p=0.033$); among those who indicated the factors of physical and domestic violence – (β) 2.983 ($p<0.001$) and (β) 2.890 ($p<0.001$), respectively, and the presence of depression in one of the parents – (β) 3.352 ($p=0.002$) .

The sixth stage covered the analysis of the legal framework for the medical, physical, psychological and social rehabilitation of the participants of the ATO in Ukraine, which testified that one of the cardinal problems is the lack of a single logistical mechanism for the medical support of the participants of the ATO in health care institutions of the Ministry of the Armed Forces of Ukraine and medical institutions of other ministries and agencies.

At the seventh stage, the shortcomings of the existing system of rehabilitation of ATO participants in Ukraine were identified: lack of primary medical care in outpatient settings of institutions subordinate to the Ministry of Defense of Ukraine;

lack of a guaranteed package of medical rehabilitation services for victims of armed conflict, in particular, a package of psychosocial rehabilitation; insufficient cross-sectoral interaction between state, non-state and private providers of social and psychological services, a complex mechanism of inter-sectoral cooperation; inadequate level of provision by rehabilitation specialists; loss of holistic and integrated approaches when planning rehabilitation measures; unsatisfied need for rehabilitation of family members of ATO participants; lack of information among ATO participants regarding the possibility of rehabilitation.

The identified shortcomings determined the need for medical and social substantiation and the development of a rehabilitation system for victims of armed conflict with stress-related disorders, conducted *at the eighth stage of the study*.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that for the first time in Ukraine: a medical and social substantiation of the model of the rehabilitation system for victims of armed conflict with stress-associated disorders was carried out, the essential innovative elements of which were: the Center for Veterans under the Ministry of Veterans Affairs, which performs a coordinating function in the rehabilitation system; a doctor for veterans, who coordinates the provision of medical care to war veterans/combatants in terms of primary and specialized medical care on a personal level; a multidisciplinary team of specialists and specialists that directly provides rehabilitation care, ensures its quality and the continuity of rehabilitation measures at all stages of medical care.

The difference of the proposed system should be considered the end-to-end phased coverage of rehabilitation of citizens of various ages with a military duty to defend the Motherland (conscripts, conscripts, combatants and war veterans), with the consistent use of a complex of preventive rehabilitation measures of social and educational content and rehabilitation psychology for children and youth and psychological, psychotherapeutic, physical, social rehabilitation of combatants and their family members.

In the proposed system, functions are demarcated between the central bodies of the executive power: the Ministry of Health, the Ministry of Foreign Affairs, the

Ministry of Internal Affairs, the Ministry of Health, the National Health Service regarding the system of rehabilitation of war victims with stress-related disorders; distributed responsibilities between health care institutions, social services and institutions of higher education at the regional level to ensure various areas of rehabilitation; the structure of the executive power at the regional level is defined, which will ensure the holistic nature of the system and coordinate actions, establishing a connection between the Territorial Center for recruitment and social support and health care institutions; determined levels of rehabilitation and corresponding measures at each of them.

Scientific and methodological approaches to the study of rehabilitation systems for victims of armed conflict with stress-related disorders have gained further development.

The theoretical significance of the obtained results of the study consists in supplementing the theory of social medicine in the part of teaching about the organization of rehabilitation assistance to victims of armed conflict with stress-related disorders.

The practical significance of the obtained results is that: the research results are the basis for creating a qualitatively new system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders; the results of the dissertation allow us to develop a methodology for implementing monitoring and evaluation of indicators that lead to the appearance of stress-related disorders; organizational tools for establishing consistent rehabilitation and interconnection between the Territorial Center for Recruitment and Social Support and health care facilities through the Department of Veterans Affairs have been defined.

Implementation of research results into practice was carried out at the state, branch and regional levels.

The model of the system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders, proposed and implemented by individual elements in health care institutions, was highly rated by highly qualified independent experts on a ten-point scale.

Key words: rehabilitation, anti-terrorist operation, armed conflict, stress-related disorders, medical care

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

1. Гавловський А. Д., Голованова І. А., Харченко Н. В. Ретроспективний аналіз посттравматического стрессового расстройтва. Wiadomości Lekarskie. 2018, tom LXXI, № 9, s. 1835-1840. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*
2. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3/1 (51). С. 9 – 13. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*
3. Havlovskiy O. D. Dynamics of the prevalence of affective and neurotic disorders on the example of the Poltava region for 2014-2018. Wiadomości Lekarskie. 2019, tom LXXII, № 5, cz II. S. 1122-1125.
4. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Нормативно-правова база психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Світ медицини і біології. 2019. №1(67). С. 24-29. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*
5. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз захворюваності і поширеності депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 1 (148). С. 304-307. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*
6. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Товстяк М. М., Ошурко О. І. Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 2 (149). С. 322-325. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*
7. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної організації (АТО) в Україні. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 1 (150). С. 275-279.

8. Гавловський О. Д. Аналіз показників пролікованих учасників операції об'єднаних сил серед населення Кременчуцького району Полтавської області. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 2 (151). С. 220-222.

9. Харченко Н.В., Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз реабілітації учасників операції об'єднаних сил. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 2(80). С. 44 – 49. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

10. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Хорош М. В., Товстяк М. М. Дослідження динаміки інвалідності в Україні серед учасників війни для визначення обсягу надання медичної допомоги та реабілітації. Клінічна та профілактична медицина. 2019. Т. 3 – 4, № 9-10. С. 22 – 31. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

11. Гавловський О.Д., Голованова І. А., Страшко Є. Ю. Вплив мануального, психологічного втручання та виконання tre-вправ на стан тривожності учасників АТО, які знаходилися на санаторно-курортному лікуванні. Світ медицини та біології. 2019. №3 (69). С. 35-38. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

12. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки інвалідності учасників антитерористичної операції. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2019, т. 19, № 1 (65). С. 3 – 7. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

13. Gavlovski A. D., Golovanova I. A. , Rudenko L. A. et al. New horizons in the rehabilitation of participans of an antiteroryst operation/united states operation. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 4 (57). С. 41-45. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

14. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Забезпечення вторинною медичною допомогою та санаторно-курортним лікуванням учасників АТО. Світ медицини та біології. 2019. № 4 (70). С. 50-55. *(Автором проведено збір*

інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).

15. Голованова І. А., Касинець С. С., Гавловський О. Д. Особливості розподілу первинно визнаних інвалідами учасників антитерористичної операції за період 2016 – 2018 рр. Український журнал з проблем медицини праці. 2019. Vol. 15 (4). С. 307 – 311. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

16. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 4, т. 2 (154). С. 345 – 348. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

17. Гавловський О. Д. Аналіз динаміки кількості ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2019, т. 19, № 3 (67). С. 11 – 16.

18. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 1 (54). С. 15 -18. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

19. Havlovskyi O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values. Проблеми екології та медицини. 2020. – Т. 24, №1-2. – С. 20-23. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

20. Havlovsky O. D. The main goals of psychological rehabilitation of military servicemen in Poltava region under the present conditions. World of Medicine and Biology. 2020, №1 (71). P. 36-39.

21. Vyachslav M. Zhdan, Oleksandr D. Havlovskyi. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations. Wiadomości Lekarskie. 2020, tom LXXIII, № 6. S. 1272-1278. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

22. Голованова І. А., Гавловський О. Д. Аналіз думки лікарів та пацієнтів – учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації. Вісник проблем біології і медицини. 2021. Вип. 1 (159). С. 351-354. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

23. Holovanova I. A., Havlovskiy O. D. Gender and social factors as predictors for the development of disorders of the autonomic nervous system in veterans of the antiterrorist operation. Проблеми екології та медицини. 2021. Т. 25, №1. С. 36-40. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

24. Zhdan V. M., Holovanova I. A., Havlovskiy O. D., Bielikova I. V. The role of adverse children's experience in the development of psychological disorders among participants in anti-terrorism operation. Wiadomości Lekarskie. 2021, tom LXXIV, № 6. S. 1326-1330. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Havlovskiy O. D., Holovanova I. A., Ovcharenko O. M. Rehabilitation problems of military operations participants and ways of their clenching. Public Health Forum. 2018. Vol. IV (XII), Nr. 3 (46). P. 210. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

2. Гавловський О. Д., Кочерга Н. А., Гудима В. Т., Селевко Л. І., Фошина А. Б., Шанін О. О. Досвід реабілітації учасників антитерористичної операції в санаторії «Миргород». Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, 25 травня 2018 р. С. 55-56. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

3. Гавловський О. Д., Коп'як Н. П., Юхименко М. І., Бакало Н. І. Лікування посттравматичних стресових розладів учасників АТО. Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з

міжнародною участю, Полтава, 25 травня 2018 р. С. 56-58. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

4. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз законодавчої бази щодо реабілітації учасників антитерористичної операції. Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації: Збірник тез науково-практичної конференції з міжнародною участю. Моршин, 27-28 вересня 2018. С. 19. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

5. Ждан В. М., Голованова І. А., Гавловський О. Д., Краснова О. І., Плужнікова Т. В., Краснов О. Г. Сучасний стан та проблеми медичного забезпечення військових в зоні проведення операції об'єднаних сил. Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Полтава, 31 травня 2019 року. С. 55-57. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

6. Svetlana S. Kasinets, Serhii S. Makarenko, Oleksandr D. Havlovsky. Characteristics of the primely disabled participants of counter-terrorism operation for 2014-2019. Wiadomości Lekarskie. 2020, tom LXXIII, № 6. S. 1303. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

7. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Ляхова Н. О., Белікова І. В. Вплив перенесеного негативного дитячого досвіду на виникнення психологічних порушень учасників АТО. Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, 26 лютого 2021 року. – С. 35-37. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

8. Голованова І. А., Гавловський О. Д., Ляхова Н. О., Белікова І. В., Калатур Г. В. Аналіз динаміки показників первинної інвалідності серед

учасників АТО/ООС в 2014-2020 рр. Wiadomości Lekarskie. 2021, tom LXXIV, № 6. S. 1527-1528. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Східні госпітальні округи: інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я №317-2018/ Ждан В. М., Голованова І. А., Закрутько Л. І., Гавловський О. Д., Оксак Г. А., Товстяк М. М., Коркішко В. В.; ВДНЗУ «УМСА», Укрмедпатентінформ. – Київ: Укрмедпатентінформ, 2018. – 4 с.

2. Ждан В. М., Голованова І. А., Гавловський О. Д. та інші. Організація надання медичної допомоги населенню в період реформування сфери охорони здоров'я України: монографія; за заг.ред. В. М. Ждана, І. А. Голованової. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2018. – 174 с.

3. Модель фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі: інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 169 – 2019/ Голованова І. А., Краснова О. І., Оксак Г. А., Гавловський О. Д., Товстяк М. М., Краснов О. Г., Мислицький О. В.; ВДНЗУ «УМСА», Укрмедпатентінформ. – Київ: Укрмедпатентінформ, 2019. – 4 с.

4. Ждан В. М., Гавловський О. Д. Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України / Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – С. 162-170 (монографія).

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО». Голованова І. А., Гавловський О. Д., Товстяк М. М., Ошурко О. І. №89682. Дата реєстрації: 11.06.2019р.

6. Ждан В. М., Голованова І. А., Потяженко М. М., Гавловський О. Д. та ін. Організація терапевтичної допомоги населенню України: Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України. Полтава, 2019.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	26
ВСТУП	29
РОЗДІЛ 1. СТРЕС-АСОЦІЙОВАНІ РОЗЛАДИ, ЯК МЕДИКО- СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	40
1.1. Медико-соціальні аспекти стрес-асоційованих розладів здоров'я	40
1.2. Аналіз стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців, постраждалих унаслідок бойового конфлікту	47
1.3. Організаційно-правові аспекти надання медичної допомоги постраждалим зі стрес-асоційованими розладами здоров'я	60
1.4. Сучасні підходи до реабілітації хворих із стрес-асоційованими розладами	69
Висновки до розділу 1	83
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МЕТОДИ, МАТЕРІАЛИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ	85
Висновки до розділу 2	98
РОЗДІЛ 3. ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ	100
3.1. Динаміка чисельності контингенту ветеранів війни, учасників АТО та інвалідів унаслідок збройного конфлікту	100
3.2. Динаміка поширеності та первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки учасників АТО Полтавської області	110
3.3. Рівень охоплення диспансерним спостереженням учасників бойових дій у лікарів-ортопедів-травматологів і лікарів-психіатрів	117
3.4. Динаміка інвалідності в Україні серед учасників війни та особливості її структури	120

3.5. Аналіз інвалідності учасників антитерористичної операції (АТО) в Полтавській області	127
3.6. Аналіз захворюваності та поширеності окремих розладів психіки та поведінки серед жителів Полтавської області в період збройного конфлікту	133
Висновки до розділу 3	142
РОЗДІЛ 4. ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ВИНИКНЕННЯМ СТРЕС- АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІ	146
4.1. Психоемоційний стан учасників АТО, як прояв роботи вегетативної нервової системи	146
4.2. Рівні тривожності й депресії в учасників антитерористичної операції	153
4.3. Аналіз психологічних цінностей учасників АТО	160
4.4. Фактори ризику перенесеного негативного дитячого досвіду, пов'язані з виникненням стрес-асоційованих розладів в учасників АТО	168
4.5. Прогностична модель факторів ризику ПТСР в учасників АТО	172
4.6. Аналіз думки учасників АТО й медичного персоналу щодо їхнього ставлення до психологічної допомоги	175
Висновки до розділу 4	180
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ МЕДИЧНОЇ, ФІЗИЧНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ Й СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В УКРАЇНІ	184
5.1. Організація медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації в Україні	187
5.2. Розподіл завдань законодавчої бази між центральними органами виконавчої влади щодо учасників АТО	196
5.2.1. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством охорони здоров'я	196

5.2.2. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством Збройних сил України	199
5.2.3. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством у справах ветеранів	204
5.2.4. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством соціальної політики України	205
5.3. Робота Фонду соціального страхування України щодо реабілітації учасників АТО	208
5.4. Організація реабілітації в Полтавській області	209
5.5. Надання санаторно-курортного лікування й спеціалізованої медичної допомоги учасникам АТО в Україні та Полтавській області	210
Висновки до розділу 5	214
РОЗДІЛ 6. ПЕРЕДУМОВИ НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ	216
6.1. Система реабілітації учасників АТО в Україні	216
6.2. Заклади охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу учасникам АТО	218
6.2.1. Структурні підрозділи закладів ОЗ МВС України	220
6.2.2. Структурні підрозділи закладів ОЗ ЗСУ	223
6.3. Визначення ризиків імплементації системи реабілітації учасників АТО	225
6.3.1. Виявлення основних характеристик системи реабілітації учасників АТО	231
6.3.2. Установлення переваг системи реабілітації учасників АТО	236
6.3.3. Установлення недоліків системи реабілітації учасників АТО	240
Висновки до розділу 6	247
РОЗДІЛ 7. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ	

УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ. ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ	249
7.1. Імплементація окремих елементів системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами	265
7.1.2. Побудова логічної моделі моніторингу і оцінки запропонованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами	271
Висновки до розділу 7	276
ВИСНОВКИ	278
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	282
ДОДАТКИ	336

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ACE	Adverse Childhood Experiences
BDI	Beck Depression Inventory
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MUS	Medically unexplained symptoms
PE-PC	Prolonged Exposure for Primary Care
SADT	Structured Analysis and Design Technique
TRE	Tension, Stress und Trauma Releasing Exercises
US	United States
АГ	Артеріальна гіпертензія
АТ	Артеріальний тиск
АТО	Антитерористична операція
БПТ	Бойова психічна травма
ВМНЗ	Вищий медичний навчальний заклад
ВНС	Вегетативна нервова система
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	Внутрішньопереміщені особи
ВШ	Відношення шансів
ГВКГ	Головний військово-медичний клінічний центр
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ДПК	Дванадцятипала кишка
ДУТМО	Державна установа «Територіальне медичне об'єднання»
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗВМО	Заклад вищої медичної освіти
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я

ЗС	Збройні сили
ІМ	Інфаркт міокарда
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КП	Комунальне підприємство
ЛФК	Лікувальна фізкультура
МІО	Моніторинг і оцінка
МВ ЗЧМТ	Мінно-вибухова закрита черепно-мозкова травма
МВС	Міністерство внутрішніх справ
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРЦ	Медичний реабілітаційний центр
МСВУ	Міністерство у справах ветеранів
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія
МШ	Міссісіпська шкала
НАТО	North Atlantic Treaty Organization (Організація Північноатлантичного договору)
НГУ	Національна гвардія України
НДО	Несприятливий дитячий досвід
ОБСЕ	Організація з безпеки та співробітництва в Європі
ОЗ	Охорона здоров'я
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ООС	Операція об'єднаних сил
ПрАТ	Приватне акціонерне товариство
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ССС	Серцево-судинна система
США	Сполучені Штати Америки
ТМО	Територіальне медичне об'єднання
ТФО	Тимчасове функціональне об'єднання

УБД	Учасник бойових дій
ХСН	Хронічна серцева недостатність
ЦД	Цукровий діабет
ЦНС	Центральна нервова система
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Актуальність дослідження. У результаті бойових дій на Сході України дедалі більшому числу громадян потрібна психологічна допомога для того, щоб подолати негативні впливи на психіку. Відповідно до проведених польових досліджень у липні - жовтні 2014 року, ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) виявили в 45,0-60,0 % військовослужбовців, котрі безпосередньо були залучені до бойових дій (Луганський, Донецький аеропорти тощо). Неналежним чином здійснена ротація особового складу, брак відновлювальних карантинних заходів, відсутність зміни харчування, проходження психофізіологічного інтенсивного курсу для того, щоб відновити психоемоційний та моральний стан, отримання військовослужбовцями подвійного психоемоційного навантаження у процесі зустрічі з родиною та близькими зумовили нові переживання ними стресу та виникнення відповідних особливостей психічної інвалідизації. Встановлені непоодинокі випадки летального суїциду, порушення психіки, девіантної поведінки, страху повернення на передову спричиняють дезертирство військовослужбовців. Відповідно до офіційної статистики, від того часу, коли почалися бойові дії, більше 3000 військових одержали психологічні травми, що мають різну тяжкість (на кінець 2014 р.) [84].

Вразливою категорією стосовно впливу воєнного чинника є бійці та комбатанти, котрі ставали на захист України, беручи участь в бойових діях [110]. В той же час найвпливовішими стресорами є: а) усвідомлення перманентної вітальної загрози; б) потреба вбивати; в) смерть бойових друзів; г) невлаштований побут; г) військові фізіологічні стресори [354].

У військовослужбовців-учасників АТО емоційно-психологічні проблеми переважають над фізичним дефектом і на етапі ранньої реабілітації, і у віддалені терміни. Обмеження життєдіяльності відповідно найчастіше зумовлене порушеннями когнітивних функцій і емоційного стану, відчуттям болю.

Порушення соціальної активності проявляється розладами міжособистісних взаємодій [9]. Усі ці порушення потребують етапного надання

медичної допомоги, яке б включало й реабілітацію постраждалих. Усі заходи з назвою «реабілітація» фактично мають «ритуальний» характер: застосування медикаментів, що не мають ніякого впливу на відновлення функцій; використання фізичних вправ без формування конкретних, обмежених у часі реабілітаційних цілей; «пересування» хворого «по етапах» реабілітації, що, фактично, повторюють дії попереднього етапу; циклічне повторення використання вищезазначених етапних дій при фактичній безперспективності подальшого відновлення.

В Україні не вистачає фахівців-з реабілітації, рівень підготовки яких відповідав би міжнародним стандартам. Уже нині Україна розпочала активно створювати сучасну систему реабілітації. Із серпня 2016 року в національному класифікаторі професій з'явилися нові назви професій – «лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «ерготерапевт» і «фізичний терапевт»; реорганізується чинна нормативна база, упроваджується Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в українську систему реабілітації [120].

У той же час, як зазначено в працях І. Р. Мисула, Т. Г. Бакалюк, А. О. Голяченко, А. І. Єна, В. В. Маслюк [52, 120], в Україні реабілітація військовослужбовців, які постраждали внаслідок збройного конфлікту, не скоординована, розсосереджена між різними міністерствами, немає чітко прописаного маршруту пацієнта, не сформовані освітні програми для закладів вищої медичної освіти, які готували фахівців [19, 30, 62, 87, 120, 226].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Наукова робота виконувалась у межах НДР кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держ. реєстрації 0119U102926, термін виконання 2018-2022 рр.), яка є фрагментом НДР Полтавського державного медичного університету.

Мета дослідження – здійснити медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; впровадити окремі елементи системи в сферу охорони здоров'я України.

Завдання дослідження:

1. Провести системно-історичний аналіз результатів досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців з питань реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
2. Визначити контингент осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг.
3. Здійснити аналіз стану здоров'я учасників АТО, цивільного населення та їх потреб в реабілітаційній допомозі при стрес-асоційованих розладах.
4. Виявити фактори ризику, що асоціюються з виникненням стрес-асоційованих розладів у ветеранів та учасників бойових дій Збройних сил України та побудувати прогностичну модель їх розвитку.
5. Провести аналіз нормативно-правового регулювання організації реабілітаційної допомоги в Україні постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
6. Визначити передумови доцільності створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
7. Здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробку системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, впровадити окремі елементи моделі в сферу охорони здоров'я України та створити логічну модель її моніторингу та оцінки.
8. Провести експертну оцінку ефективності системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Об'єкт дослідження: система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту.

Предмет дослідження: чисельність контингенту учасників АТО, учасників бойових дій, інвалідів війни, зокрема, які перебувають на диспансерному обліку; захворюваність та поширеність, нозологічна структура розладів психіки та поведінки ветеранів війни, учасників бойових дій, інвалідів війни та населення Полтавської області; клінічні прояви астено-невротичного синдрому, рівні тривожності й депресії, психологічні цінності, перенесений негативний дитячий досвід показники параметрів центральної гемодинаміки, учасників АТО; ставлення учасників АТО й медичного персоналу щодо психологічної допомоги; нормативно-правова база щодо реабілітації учасників АТО; основні характеристики, переваги та недоліки наявної системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; моніторингові показники впровадження системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту з виникненням стрес-асоційованих розладів.

Методи дослідження. Методичний апарат дисертаційної роботи становить комплекс медико-соціальних методів дослідження, що загалом визначає і напрям наукового пошуку, і зміст дослідження в спектрі соціальної медицини.

У дослідженні безпосередньо і в різних комбінаціях використано такі методи наукового дослідження:

- *бібліосемантичний* – для аналізу наукової літератури (вивчено сучасні принципи, світовий досвід і вітчизняні розробки з питання реабілітації постраждалих унаслідок збройних конфліктів, зокрема, з виникненням розладів психіки та поведінки);

- *системного підходу й аналізу* – застосовувався на всіх етапах роботи для вивчення й аналізу різних аспектів надання реабілітаційної допомоги ветеранам війни, учасникам бойових дій, інвалідів внаслідок збройного конфлікту;

- *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової й аналітичної статистики для визначення відносних показників, їхніх похибок, вірогідності різниці показників, відношення шансів, регресійний аналіз за Коксом) і визначення ефективності запропонованих інновацій;

- *соціологічний* – для дослідження ставлення учасників АТО й медичного персоналу щодо психологічної допомоги;

концептуального моделювання – для розроблення моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами;

- *організаційного експерименту* – із метою впровадження окремих елементів запропонованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами;

- *моніторингу й оцінки* – для оцінки індикаторів процесу впровадження окремих елементів системи;

- *експертних оцінок* – для експертної оцінки запровадженої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами за окремими елементами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, суттєвими інноваційними елементами якої стали: 1) Центр ветеранів у підпорядкуванні Міністерства у справах ветеранів, який виконує координаційну функцію в системі реабілітації; 2) лікар для ветеранів, який координує надання медичної допомоги ветеранам війни/учасникам бойових дій в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги на персональному рівні; 3) мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, яка безпосередньо надає реабілітаційну допомогу, забезпечує її якість і наступність реабілітаційних заходів на усіх етапах медичної допомоги.

Відмінністю запропонованої системи слід вважати наскрізне поетапне охоплення реабілітацією громадян різного віку з військовим обов'язком захищати Батьківщину (допризовників, призовників, учасників бойових дій і ветеранів війни), з послідовним використанням комплексу превентивних реабілітаційних заходів соціально-освітнього змісту та реабілітаційної психології для дітей та молоді та психологічної, психотерапевтичної, фізичної, соціальної реабілітації учасників бойових дій та членів їх сімей.

У запропонованій системі розмежовані функції між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ щодо системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами; розподілені обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв'язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

Автором встановлені фактори, які негативно впливають на роботу вегетативної нервової системи: чоловіча стать, безробіття. Виявлені чинники негативного дитячого досвіду, які позначаються на виникненні ПТСР. Доведено, що з десятого місяця перебування в зоні АТО в учасника збільшується ризик виникнення ПТСР при умові, що респондент самотній, зазначив фактори домашнього і фізичного насильства, депресії когось із батьків. Уточнено, що з початком АТО на Сході України кількість ветеранів збільшилась, що потребує розширення мережі ЗОЗ, які б здійснювали реабілітацію й визначали маршрут для пацієнта.

Перше місце серед розладів психіки та поведінки у постраждалих внаслідок збройного конфлікту посідає посттравматичний стресовий розлад. За час збройного конфлікту зросли поширеність розладів настрою, невротичних і соматичних розладів, а також захворюваність на тяжкий стрес і порушення

адаптації жителів Полтави й області. За шкалою цінностей визначено ідентифікатори ПТСР: особи, які не вважають цінністю здоров'язберігаючі орієнтири.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію реабілітаційної допомоги постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: результати дослідження є підставою для створення якісно нової системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; підсумки дисертаційної роботи дозволяють використовувати в практиці роботи закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу ветеранам війни, учасникам бойових дій, логічну модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; визначено організаційні інструменти для налагодження послідовної реабілітації та взаємозв'язку між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я через департамент у справах ветеранів.

Впровадження результатів дослідження в практику проводили на етапах його виконання:

а) на галузевому рівні:

- **при розробці** інформаційних листів про галузеві нововведення, підтриманих МОЗ України та затверджених проблемною комісією МОЗ України і Національною академією медичних наук України з соціальної медицини:

1. Східні госпітальні округи: інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я №317-2018/ Ждан В. М., Голованова І. А., Закрутько Л.

І., Гавловський О. Д., Оксак Г. А., Товстяк М. М., Коркішко В. В.; ВДНЗУ «УМСА», Укрмедпатентінформ. – Київ: Укрмедпатентінформ, 2018. – 4 с.

2. Модель фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі: інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 169 – 2019/ Голованова І. А., Краснова О. І., Оксак Г. А., Гавловський О. Д., Товстяк М. М., Краснов О. Г., Мислицький О. В.; ВДНЗУ «УМСА», Укрмедпатентінформ. – Київ: Укрмедпатентінформ, 2019. – 4 с.

- при оформленні авторського свідоцтва про нововведення, науковий твір:

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір: №89682 «Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО». Автори: Гавловський О. Д., Голованова І. А., Товстяк М. М., Ошурко О. І. Дата реєстрації: 11.06.2019р.;

б) на регіональному рівні:

- шляхом використання отриманих результатів у навчальному процесі профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України: Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 16.03.2021р.), Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 17.06.2021 р.), Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (акт впровадження від 24.05.2021 р.), Дніпропетровського державного медичного університету (акт впровадження від 20.03.2021 р.), Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 10.06.2021 р.), Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (акт впровадження від 18.03.2021 р.), Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (акт впровадження від 18.06.2021 р.), Медичного інституту Сумського державного університету (акт впровадження від 18.03.2020 р.);

в) на локальному рівні - використання отриманих результатів у діяльності закладів охорони здоров'я:

- шляхом впровадження отриманих результатів у роботу лікувально-профілактичних закладів: ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 18.06.2021 р.), ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 12.05.2021 р.), ДП «Клінічний санаторій «Роща» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 11.07.2021 р.), ДП «Санаторій «Шаян» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 23.07.2021 р.), ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В.Пашковського» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 19.11.2021 р.). (Додаток 3)

Особистий внесок здобувача. Автор за погодженням з науковим консультантом визначив тему дисертаційної роботи, самостійно: визначив мету, завдання, обрав методи дослідження, здійснив інформаційний пошук та аналіз наукових літературних джерел за темою дослідження; розробив програму дослідження й структурував її на етапи; обґрунтував вибір напрямку й об'єкту дослідження, визначив предмет дослідження, здійснив вибір методичного апарату дослідження, розглянув епідеміологію захворюваності контингенту ветеранів війни, учасників АТО, інвалідів війни в Україні й Полтавській області; дослідив фактори ризику, які впливають на розвиток посттравматичного стресового розладу в учасників збройного конфлікту. Автором розроблені спеціальні карти, куди дисертант викопіював необхідні дані з матеріалів дослідження. Дисертанту належить ідея медико-соціального обґрунтування та розробки системи реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, логічної моделі моніторингу й оцінки індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Здобувач зібрав первинну інформацію, систематизував й одержав результати дослідження, здійснив статистичний та інформаційний аналіз, зробив висновки й окреслив рекомендації. Здобувачем обґрунтовано систему реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, що заснована на зменшенні ризиків ранніх виявів

стрес-асоційованих розладів. Здобувач не використовував результати досліджень, а також ідеї співавторів публікацій. Самостійно провів статистичну обробку даних за допомогою програмного пакету Microsoft Office (<https://www.microsoft.com/>), статистичних пакетів SPSS Statistical Pacage for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0 (<https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software>) та статистичного пакету «R» (<https://www.r-project.org/>).

Апробація результатів дисертації. Основні положення й результати дисертаційного дослідження оприлюднено й апробовано на конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема:

– **на міжнародному рівні:**

- IV Міжнародний конгрес громадського здоров'я «Громадське здоров'я в навколишньому середовищі», Вроцлав, Польща, 22-23 листопада 2018 року;

– **на державному рівні на:**

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 25 травня 2018 р.;

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації. Присвячена 140-річчю курорту Моршин». Моршин, 27-28 вересня 2018;

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 31 травня 2019 р.;

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 29 травня 2020 р.;

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 28 травня 2021 р.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 38 наукових праць, з них 5 одноосібних, у тому числі: 4 – у виданнях, що входять до наукометричної бази

Web of Science; 4 публікації в іноземних наукових виданнях, що входять до наукометричної бази Scopus, 16 статей у наукових фахових виданнях України, 9 публікацій у журналах, збірках матеріалів і тез з'їздів, конгресів і конференцій (у т.ч. 2 - зарубіжні); видано дві монографії, два інформаційні листи, навчально-методичний посібник.

Обсяг і структура дисертації.

Дисертація викладена на 361 сторінці друкованого тексту і має такі розділи: анотація, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, матеріали і методи дослідження, п'ять розділів власних досліджень, висновки, список використаних літературних джерел (423 джерела, з них 260 кирилицею, 163 латиницею). Робота ілюстрована 61 таблицями та 41 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СТРЕС-АСОЦІЙОВАНІ РОЗЛАДИ, ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

1.1. Медико-соціальні аспекти стрес-асоційованих розладів здоров'я

Сучасна історія характеризується посиленням міжнародного тероризму й локальних озброєних конфліктів. Унаслідок цього постійно збільшується кількість учасників бойових дій, для яких воєнні події стали потужним стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних хвороб і виникнення різних патологічних реакцій. Військові конфлікти нині тривають у багатьох країнах і регіонах світу, у тому числі в Африці, Азії, Європі, Південній і Північній Америці й на Близькому Сході [279]. З кінця 2013 року в Україні також розпочалися події, що стали безпрецедентною за інтенсивністю й тривалістю психічною травмою для українців. Ситуація загострюється тим, що сучасна «гібридна війна» є несподіваною, небаченою, невідомою, яку в Україні ніхто не міг уявити [127].

W. K. Abdul-Hamid і J. H. Hughes (2014) нагадують, що звіт Геродота про психогенний мутизм афінського воїна Епізеля після марафонських воєн зазвичай вважають першим документованим описом ПТСР у історичній літературі. Проте є більш ранні дані про постбойові розлади, які були зареєстровані на території Месопотамії (теперішній Ірак) під час правління асирійської династії (1300-609 рр. до н.е.) [261].

Проблема адаптації осіб, які пережили ситуації, пов'язані з ризиком для життя і здоров'я, також була актуальною в усі періоди історії людства. Р.Ф. Пьюселік та А. Д. Мак Бі (2010) – американські психологи, військові лікарі, учасники В'єтнамської війни – наводять дані, що певні прадавні племена не

дозволяли своїм одноплемінникам після війни повертатися назад в селище, бо тих більше не визнавали за людських істот [210].

У сучасному суспільстві проблема реінтеграції учасників екстремальних подій пов'язана зі збільшенням кількості природних і техногенних надзвичайних ситуацій, терористичних актів і військових конфліктів. У цих випадках виникає особливий вид стресу – стрес смертельно небезпечних ситуацій, що характеризується стрімкою динамікою зі значною втратою функціональних резервів організму і тривалими наслідками у віддалений період [236, 256].

У світовому співтоваристві психопатологічні наслідки збройних конфліктів і воєн зараховують до найбільш гострих наукових і соціальних проблем сучасності, вивчення яких проводиться вже понад 100 років під різними назвами: «посттравматичні стресові порушення у ветеранів II світової війни», «синдром Персидської затоки», «в'єтнамський», «афганський» синдроми, «посттравматичний синдром», «посттравматичні стресові розлади», порушення адаптації [130].

Загальнобіологічне явище адаптації полягає в діалектичній взаємодії організму із зовнішнім середовищем, якою забезпечується стабільність і одночасно адаптованість живих систем за рахунок гено- і фенотипово зумовленої норми реакції [246].

Сучасна медицина підтримує концепцію факторів ризику розвитку і прогресування мультифакторних процесів і хвороб [132, 422]. Вплив чинників стресу (стрес-факторів) стає основою багатьох порушень – невротичних, депресивних, психосоматичних розладів, а переживання інтенсивного страху і тривоги в екстремальній ситуації – найважливіша умова виникнення ПТСР [366]. На тлі збройного конфлікту на тих, хто бере в ньому участь, має вплив низка сильних довгодіючих стрес-чинників, що зумовлює напруження адаптаційних систем організму та проявів у багатьох людей бойової БПТ [314].

Основний психотравмуючий чинник бойової обстановки – це небезпека, загроза життю й фізичному здоров'ю. Переживання цієї небезпеки дуже сильне й зазвичай пов'язане зі сприйняттям страхітливої картини загибелі або поранень

інших людей [278]. J. P. Rondier (2015) підкреслює, що військовослужбовець, постраждалий від БПТ, прирівнюється до військових, які отримали вогнепальне поранення, тяжку фізичну травму, контузію, хімічне отруєння тощо [382].

Учасники локальних воєн і озброєних конфліктів – це специфічний контингент, що зумовлює вимогу стосовно багатoproфільної реабілітації [275, 387]. K. Siddharthan (2012) на підставі досвіду забезпечення догляду й реабілітації військовослужбовців, які брали участь у операціях у Афганістані й Іраку, стверджує, що комбатанти з ПТСР і асоційованими станами затримуються з відновленням працездатності й остаточною інтеграцією в суспільство порівняно з особами, які не мають цього діагнозу [391].

Отже, ветерани бойових дій належать до контингенту особливої уваги, для яких характерний постійний ріст захворюваності й інвалідності [360]. Р. J. H. Beliveau і співавт. (2018) оцінювали внесок хронічних психічних і фізичних розладів у інвалідизацію канадських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у Південно-Західній Азії (n = 6696). Помірна/тяжка інвалідність установлена 10 % комбатантам. Установлено, що психічне й фізичне здоров'я взаємопов'язані, а військовослужбовці з психічними розладами мали непропорційно вищі показники інвалідності за наявності фізичних порушень [276].

Відповідно до міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), в розвитку бойової психічної травми визначають: гостру реакцію на стрес (F43.0); ПТСР (F43.1); хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0) [125]. Значимі розбіжності в реагуванні на стимули, пов'язані зі страхом і небезпекою для життя, а також у наслідках для здоров'я, продемонстровані на прикладі представників небезпечних професій і військовослужбовців у зв'язку з високою ймовірністю виникнення в процесі виконання службових завдань психотравмуючих ситуацій [137]. Так, у деяких льотчиків спостерігаються невротичні прояви, зумовлені небезпекою й пережитим страхом за власне життя, пов'язані з досвідом екстремальних ситуацій під час випробувальних польотів

[236]. Психогенний вплив у екстремальних умовах залежить від інтенсивності, несподіваності виникнення та тривалості екстремальної ситуації [43].

Службові завдання, що вимагають максимальної фізичної витривалості й надійності психологічних систем, вирішуються в умовах впливу негативних стрес-факторів різного генезу, що призводить до порушень працездатності, неадекватних емоційних реакцій, фізіологічних змін. З часом формуються неадекватні реакції, які провокують аномальну поведінку, детермінуючи формування дезадаптованості й деструктивності. Найбільш небезпечним є переживання постстресових станів, що виникають після гострого стресу [27].

Гострою реакцією на стрес (F43.0) є транзиторний розлад серйозної тяжкості, який розвивається в людей без явних психічних порушень у відповідь на стрес. Виокремлюють гостру реакцію на стрес легкого (F43.01), помірного (F43.02) й тяжкого (F43.03) рівнів. Симптоматику виявів гострої реакції на стрес докладно пояснено у великій кількості дослідженнях [285, 293, 402, 410]. Тому що під час впливу екстремальних факторів гостра реакція на стрес завжди надмірна, вона виражається не тільки через адаптивні, а й патологічні зміни [123].

Тривалість гострого посттравматичного стресу – приблизно три місяці. Проблема постає в тому разі, якщо рівень стресу не зменшується. Особа, котра переживає ПТСР, старається уникнути всього, що нагадує травматичну подію [284, 423]. Якщо вставити діагноз гострого ПТСР відразу, впродовж першого тижня, можна сподіватися на полегшення симптоматики через чотири тижні. Посттравматичний синдром особа може переживати впродовж усього життя. Встановлено, крім того, відтермінований ПТСР [38, 73, 255, 353, 364, 377].

За даними фахівців US Department of Veterans Affairs disability засвідчено, що в ході Другої світової війни з 11 мільйонів військовослужбовців армії США, 504 тисячі звільнили з діючої армії як психогенні втрати. Ще 1393 тисячам військовослужбовців поставили діагноз «стресогенні психічні розлади» та пролікували їх в медичних підрозділах армії [315].

Під час обстеження учасників бойових дій в Чеченській Республіці в 60-80·% військовослужбовців встановили перебільшену нервово-емоційну напруженість, що у 25% випадків зумовило дезорганізацію психічної діяльності та значне скорочення психофізіологічних резервів організму [242].

Останніми роками особлива увага зосереджена на своєрідних симптомах ПТСР, а також супутніх розладах у військовослужбовців, а саме депресії, посткомоційному синдромі, гетеро- й аутоагресивній поведінці, зловживанні психоактивними речовинами, хронічному болі, порушенні сну та іншому [286, 351, 355].

Виділено фактори вразливості, які підвищують імовірність розвитку ПТСР: надто молодий чи похилий вік, низький соціальний статус (відсутність друзів або сім'ї, безробіття) [375]. Оскільки дуже важливою є впевненість військовослужбовців у тому, що суспільство шанує своїх захисників, J. A. Boscarino і співавт. (2018) досліджували наслідки підтримки при поверненні додому щодо розвитку ПТСР. За висновками авторів, навіть через роки після травмуючих подій низька підтримка при поверненні додому пов'язана з виникненням і прогресуванням ПТСР [280]. Водночас, як вважають Р. D. Yeomans і R. J. Ross (2016) жорстоке поводження з дітьми, домашнє насильство, сексуальне насильство й сексуальні травми стають частиною стандартної клінічної оцінки ПТСР [419].

В. І. Перке (2014) обстежено 32 військовослужбовців, які служили за контрактом у Чеченській Республіці (1 група) і військовослужбовців, які не служили в гарячих точках (2 група) [213]. Серед військовослужбовців 1 групи встановлено більшу схильність до формування ПТСР і психосоматичних розладів, а в респондентів 2 групи – депресивних і тривожних порушень. Виявлені психосоціальні особливості військовослужбовців підтверджують необхідність їх комплексної психосоціальної реабілітації [213].

Відповідно до оцінок різних науковців, наслідки ПТСР можна спостерігати в 15-77,8% військовослужбовців, які потерпали від бойового стресу в ході участі в місцевих війнах протягом останніх десятиріч [292, 318, 327, 379].

D. R. Garfin і співавт. (2018) встановили, що психологічні реакції на стрес асоціювалися з психіатричними розладами, депресією і тривогою. За висновками авторів, проаналізовані дослідження підтверджують корисність оцінки гострих психологічних реакцій на травматичні події, оскільки їхні результати є важливим маркером можливої захворюваності та смертності, що вимагає тривалого моніторингу і/або раннього втручання [316].

Терміном «післявоєнна патологія» позначають комплекс захворювань, які сформувалися в післявоєнний період і тісно пов'язані в етіологічному, патогенетичному й клінічному аспектах із перенесеними бойовими травмами, пораненнями, стресами, отруєннями, гострими захворюваннями під час участі в збройному конфлікті [352].

ПТСР (F43.1) у МКХ-10 вивчається як стан повторного переживання травми у виді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи жахів, які постають на фоні хронічного відчуття тривоги та емоційного притуплення, відчуження від людей, байдужості щодо ставлення та в реакціях на середовище, ухилення від подій, котрі нагадують про травму [125]. З-поміж супутніх ПТСР розладів спостерігаються стани депресії й симптоми органічного враження ЦНС [161], суїцидальні тенденції [267, 289, 320].

Поширеність ПТСР серед учасників бойових дій, за оцінками різних авторів, становить від 15 до 54 % та до 90 % [14, 145, 206, 259, 383].

Психогенні впливи умов військового часу характеризуються одночасним впливом несприятливих екологічних чинників, порушень звичного режиму життєдіяльності, зміні життєвих стереотипів, що призводить до формування психічних і психосоматичних розладів [339].

При цьому патологічні процеси можуть формуватися й безпосередньо в період патогенного впливу чи одразу після нього, і відтерміновано, з менш різким початком, що проявляється зазвичай після дії додаткових, нерідко незначних, чинників [116].

Патогенна значущість різних чинників у виникненні психічних і психосоматичних порушень залежить від характеру БПТ, супутнього їй

поранення чи контузії, генетичної схильності, а також від умов післявоєнного життя постраждалого військовослужбовця [58, 64].

Отже, учасники військових операцій характеризуються наявністю проявів і гострого бойового стресу, і ПТСР [27].

Н. Balandizi A. Bolu (2017) за допомогою судово-психіатричної експертизи виявили, що серед 167 військовослужбовців тривожний розлад (53,9 %) був найпоширенішим діагнозом ПТСР, пов'язаний із бойовою травмою, був діагностований у 26,1 % випадків [271].

Хронічні зміни особистості після пережитої катастрофи (F62.0) стають результатом загострення ПТСР та проявляються ригідними і дизадаптивними особливостями, які спричиняють порушення міжособистісної, соціальної та професійної діяльності. Такі хронічні зміни особистості доволі нерідко виявляються у виді асоціальної поведінки, в переважному числі ситуацій зі злочинними ознаками [26, 350]. Повторні переживання та спогади про психотравмуючі події, характерні ПТСР, часто перетворюються в obsесивно-фобічні стани з нав'язливим страхом за безпеку своїх близьких (рідних) [344].

Отже, актуальність нашої роботи визначається насамперед її соціальною орієнтованістю. Натеper ще важко усвідомити реальні проблеми й віддалені наслідки БПТ в учасників збройного конфлікту в Україні, членів їхніх сімей, фахівців медичної й соціальної сфер, а також економічні витрати, необхідні для відновлення їхнього здоров'я, соціальної й професійної реадaptaції. Аналіз результатів наукових досліджень дозволяє стверджувати, по-перше, гостра реакція на стрес як прояв БПТ зустрічається в багатьох учасників бойових дій та значно ослаблює боєздатність військових підрозділів. По-друге, містить для тих, хто постраждав, патологічні наслідки та, по-третє, потребує використання профілактичних, лікувальних і реабілітаційних медико-психологічних заходів. Актуальність обраної теми дослідження, крім того, окреслюється необхідністю вивчення проблемних питань соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій; гострою потребою цієї категорії військовослужбовців у соціальному захисті та медико-психологічній підтримці. Відсутність єдиної

концепції й загальнодержавної системи реабілітаційних заходів загострює проблему БПТ, посилює її негативні економічні, політичні й медико-соціальні наслідки.

1.2. Аналіз стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців, постраждалих унаслідок бойового конфлікту

В медицині на сучасному етапі існує багато (більше 400) визначень поняття «здоров'я» [42], однак загальновизнане визначення терміну «здоров'я» подане в преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад, що дає змогу особі здійснювати свої особистісні, трудові, громадські та сімейні функції в повному обсязі» [349]. У наш час це визначення вважають стандартом оцінки здоров'я, який відображає ступінь впливу чинників способу життя й інших складових на стан здоров'я й суттєво розширює уявлення про здоров'я як про суто медичну проблему, додаючи до критеріїв здоров'я соціальне благополуччя [272].

Ще Ганс Сельє у своїй класичній праці з патофізіології загального адаптаційного синдрому, що розглядається ним як складна, системна й багатостадійна реакція організму на стрес, описав можливість переходу нормальної реакції на стадію нейрогуморальної декомпенсації [220]. Подальший період вивчення негативних реакцій організму на стрес характеризувався проведенням досліджень задля з'ясування причин і уточнення особливостей виникнення даного ефекту в конкретних клінічних ситуаціях, а також пошуком предикторів впливу стресового тригера на розвиток соматичних патологій (або загострення їхнього перебігу на тлі психологічного неблагополуччя пацієнта) для розробки системи заходів ефективної профілактики й лікування [313, 325, 370].

Стресові бойові чинники починають впливати на військовослужбовців уже на стадії очікування дії екстремального випадку, коли організм людини посилено

готується до наступних випробувань. Через певний період зазначений вплив значно зростає під час перебування військовослужбовця в умовах бойового середовища. [235, 356].

Основні прогнозовані наслідки сучасної гібридної війни – це розлади, які пов'язані зі стресом, у тому числі психосоматичні, які будуть трансформуватися в органічну, коморбідну патологію, а також загострювати наявні психічні й фізичні захворювання [283]. Для учасників бойових дій характерна поліорганність ураження внутрішніх органів, що формується на тлі посттравматичних стресових порушень [328,335,367].

Під час формування психосоматичних симптомів у ветеранів бойових дій афективні реакції блокуються таким чином, що стимули, котрі надходять із ЦНС, спрямовуються до соматичних структур через вегетативну нервову систему (ВНС) та спричиняють патологічні зміни в різних системах організму [82]. Осередок психічної імпульсації взаємодіє із соматичними системами й утворює стійку функціональну систему, патологічну у своїй основі, але одночасно й захисну, оскільки вона є частиною механізмів гомеостазу в рамках зміненого хворобою існування і пристосування організму до впливу фіксованого переживання [105].

У більшості випадків потерпілі від стресу вже мають різні, доклінічного рівня чи клінічно окреслені порушення здоров'я. Особливо це стосується порушень у локусі симпатoadреналової й нейроендокринної систем. Так, стресова реакція може викликати розгорнуту картину гіпертонічного кризу у хворих на гіпертонічну хворобу; у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) – клініку гострого коронарного синдрому тощо. Також слід пам'ятати про синдром взаємного обтяження, коли стресова реакція різко погіршує перебіг фонові хвороби, і про коморбідну патологію [139].

J.Andersen і співавт. (2010) установили, що ПТСР асоціюються з майже двократним збільшенням розвитку патології нервової системи, кістково-м'язових захворювань, гіпертонічної хвороби і хвороб травної системи, а також ознак нез'ясованих розладів здоров'я. Через зростаючу поширеність ПТСР

можна передбачати збільшення захворюваності й потреб у медичній допомозі в найближчі роки [266].

Дослідження наслідків постстресових симптомів свідчить, що їх негативні впливи зберігаються роками й навіть десятиліттями, вони стають наслідком кумуляції травматичних стресових впливів, що призводить до різких змін гомеостазу, формування іншого стану динамічної рівноваги внутрішнього середовища організму (алостаз), підтримка якого вимагає іншого рівня функціонування регуляторних систем, що забезпечують гомеостаз у нових умовах [100, 361, 421]. Перенесений бойовий стрес формує в організмі нові функціональні системи, що забезпечують адаптаційні реакції [363]. Компенсацією за адаптацію стає формування «алостатичного навантаження», що є сукупністю стрес-індукованих змін у організмі нервового й ендокринного характеру і впливає на соматичні функції, характер і швидкість метаболічних реакцій, судинний тонус переважно через зміни нервової регуляції, накопичення стрес-гормонів [301].

У клініці психосоматичних розладів у наш час до етіології багатьох хвороб, які раніше вважали «чисто» соматичними, додаються все нові компоненти психогенії [298, 311, 319, 405]. Деякі автори [337, 341, 404] звертають увагу на те, що нині спостерігається тенденція трактувати причини виникнення традиційних типів соматичних патологій (навіть інфекційної) як захворювань, що в реальності мають приховану психосоматичну природу. На думку більшості фахівців, учасники бойових дій найбільше схильні до раннього розвитку і швидкого прогресування соматичної патології на тлі перенесеного психоемоційного стресу бойової обстановки [5, 233, 393]. К. StCyri співавт. (2014) підкреслюють, що розуміння ролі психогенних чинників у розвитку симптомів-презентацій захворювань у військовослужбовців із ПТСР може дати додаткові можливості для лікування й реабілітації населення цієї категорії [296].

У зарубіжному нейрофізіологічному дискурсі дослідники етіології й патодинаміки стресу і його наслідків висловлюють припущення, що в стресових умовах першими за змінами, що виникають, перестають встигати ті особи, стрес-

реалізуюча і стрес-лімітуюча системи організму яких проявляють підвищену схильність до формування надмірної форми антистресової відповіді, що сприяє виникненню ефектів системної дизрегуляції, їх подальшої генералізації з втратою адекватної співмірності сформованої величини внутрішньої нейрогуморальної реакції на стрес [394, 400].

У структурі гострої посттравматичної психічної симптоматики чільне місце (до 60 %) займають неспихотичні розлади психогенної природи [338, 347]. Клінічно виявляються: обмеження інтересів, міжособистісного спілкування, жорстокість, негативізм стосовно оточення, ангедонія, агресивність та імпульсивність при вираженій фіксації на службово-бойовій діяльності та її значущості, що є основою для розвитку соціальної ізоляції; обмеження кола спілкування «розуміючими товаришами» по службі [368, 406]. В осіб, які перенесли життєво важливі психотравмуючі ситуації, основними невротичними симптомами стають зниження соціальної комунікації (до 25 %), погіршення пам'яті на поточні події (37 %), напади тривоги (42 %), періодичний дискомфорт у різних ділянках тіла (54 %), послаблення уваги, підвищена розумова й фізична стомлюваність (до 60 %), погіршений настрій (63 %), дефіцит функціональних резервів організму (67 %) [96]. Результати досліджень свідчать про вагому представленість психосоматичних розладів у структурі хронічного ПТСР разом із пограничною психопатологічною симптоматикою. Для профілактики стійкої й поганокурабельної психосоматичної патології особи, які перенесли бойовий стрес, потребують динамічного нагляду з наданням своєчасної й адекватної медико-психологічної допомоги [40, 268, 321, 398].

Як підкреслюють R.D.Lane і співавт. (2009), основу інтеграційної функції мозку складають вегетативна, нейроендокринна й імунна системи, взаємозв'язок яких, із одного боку, визначає адаптивні можливості організму і стан його гомеостатичних реакцій у стресових ситуаціях, а з іншого – дизрегуляторні зміни, що формуються при ПТСР, визначають клінічні варіанти стрес-індукованої патології й терміни її маніфестації в різні періоди після впливу чинників бойового стресу [346].

Взаємодія в процесі військової служби таких чинників як надмірні психічні навантаження, лімітована свобода під час ухвалення рішень, потужна конкуренція, невпевненість у збереженні місця служби, нерідко невітлений кар'єрний потенціал, схильність до роздратування в результаті авторитарної манери управління, соціальна проблематика, потреба розв'язання великої кількості відповідальних завдань в умовах браку часу тощо, викликає психоемоційний стрес, розвиток тривожності й депресії. Першим етапом негативного впливу цих умов і стрес-факторів стають різноманітні пограничні стани і психосоматичні порушення функціонального характеру [92]. Психосоматичні порушення спостерігаються у великій частини військовослужбовців молодого (19,8 %) і середнього (28,6 %) віку й пенсіонерів-ветеранів військової служби (41,8 %). У більшості з них виявлено поєднання кількох симптомокомплексів психосоматичних порушень, серед яких домінують кардіалгії, астено-невротичні розлади, цереброастенія, порушення сексуального здоров'я й сну [228].

Розлади сну спостерігаються в основному як труднощі під час засинання, з переважанням у свідомості тривожних думок щодо свого стану, побоюваннями за якість і тривалість сну, страхом перед можливими сновидіннями, що супроводжуються епізодами бойових дій, насилля, тощо [417].

Вираженість психосоматичних порушень після виконання завдань бойової служби різко зростає, але їхня структура залишається незмінною. Ці порушення зумовлюють зниження рівня професійного здоров'я й працездатності та визначають актуальність розробки засобів їх корекції на донозологічному рівні [228].

Установлено, що у віці до 20 років переважною «мішенню» стрес-індукованої патології стає опорно-руховий апарат, оскільки фізіологічно в цей період тільки завершуються його ріст і формування, а виражені фізичні навантаження бойового функціонування разом із чинниками бойового стресу призводять до розвитку захворювань хребта і суглобів. Патологія ССС, особливо

пов'язана з атеросклерозом, частіше розвивається у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у віці за 30 років [129].

Найбільш ранній розвиток патології опорно-рухового апарату вважають наслідком надмірного фізичного навантаження в період бойових дій. Саме в цей період у 30,3 % військовослужбовців виявляють клінічну маніфестацію захворювань опорно-рухового апарату. [129].

Біль різної локалізації займає одну з чільних позицій у структурі звернень по медичну допомогу, при тимчасовій і стійкій непрацездатності, супроводжується погіршенням якості життя пацієнтів. Аналіз сприйняття больових відчуттів у представників небезпечних професій, на яких регулярно впливають різнопланові стресові ситуації, привертає посилену увагу з точки зору диференціації первинних психосоматичних больових станів від невротичних больових розладів [269, 273]. Дослідження А. И. Пальцева і співавт. (2010) свідчить, що хронічний біль у нижній частині спини пов'язаний із наявністю ПТСР, і зі ступенем його вираженості. Доведено, що зміни в ЦНС, що відбуваються при ПТСР, призводять до зниження антиноцицептивного контролю і як наслідок— до посилення центральної сенситизації болю й нейрогенного запалення. Таким чином, хронічний біль у нижній частині спини в пацієнтів із ПТСР стає наслідком і дезадаптивних нейропластичних процесів у ЦНС, і дегенеративних змін опорно-рухового апарату, які формуються в період перебування в зоні бойових дій. [148]. Дослідження провідних алгічних феноменів у осіб небезпечних професій показало переважання синдромів неорганічного генезу [60].

Разом із відомими причинами виникнення болю чималий інтерес викликають випадки «нез'ясованих» симптомів, особливо у військовій медицині [374]. У зарубіжній медичній літературі для опису подібних станів запропонований термін «medically unexplained symptoms» (MUS), який передбачає широкий спектр скарг, таких як біль різної локалізації, задишка, невмотивована втома, порушення сну й інші симптоми, що не мають чіткого діагностичного обґрунтування [323, 331]. Нез'ясовні задишка, слабкість,

головний, м'язовий і суглобний, абдомінальний біль, кардіалгії й серцебиття у військовослужбовців із кінця XIX ст. привертати увагу дослідників усього світу [407, 416]. Проте досі немає загальновизнаної інтерпретації цих розладів. Необхідна розробка єдиної комплексної моделі оцінки клінічної картини захворювань, що асоціюються з дією бойового стрес-фактору у ветеранів військової служби, характерних синдромів з урахуванням специфіки військових конфліктів [93]. Представляє інтерес також оцінка сприйняття хворими з різною патологією основних симптомів захворювання. Упроваджується поняття «перцепція» (perception), під яким розуміють складний процес сприйняття симптомів хвороби [415].

При стресових впливах серцева діяльність у багатьох випадках є найбільш інформативним показником змін стану організму [384]. За даними міжнародного багатоцентрового дослідження INTERHEART, психоемоційний стрес належить до числа провідних чинників серцево-судинного ризику, займаючи третє місце після куріння й дисліпідемії [420]. Причому психоемоційний стрес є не лише одним із чинників ризику виникнення захворювань ССС, а й впливає на їхній перебіг і прогноз. Отже, стрес провокує формування й розвиток кардіоваскулярної патології зокрема атеросклерозу [135, 362, 386]. Темпи формування атеросклерозу залежать і від внутрішніх, і від зовнішніх впливів, у тому числі від психоемоційних [232, 418]. Психоемоційні впливи, особливо тривалі під час бойового стресу, і сформованого ПТСР, зумовлюють більш ранній розвиток ІХС і гіпертонічної хвороби [131].

Для ПТСР характерні також пароксизмальні (вечірньо-нічні) вегетосудинні прояви з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або припливами жару тощо [252]. У дослідженні А.А.Зуйкової та Т.Є.Потеміної (2016) психосоматичні порушення спостерігалися в 48,28 % ветеранів бойових дій [63]. Протягом перших трьох років після впливу бойового стресу серед психосоматичних розладів домінували різні прояви вегетативної дисфункції: порушення серцевого ритму у формі тахікардії чи екстрасистолії (37,87 %), лабільність артеріального тиску (62,13 %), респіраторні порушення

(19,0 %), шлунково-кишкові розлади (26,63 %). У цей період вегетативні порушення поєднувалися з афективними розладами переважно тривожно-депресивного спектра (50,88 %) [63]. Класичні прояви ПТСР мають у цієї категорії комбатантів відтермінований характер (через 6 місяців і більше після психотравмуючої події), що потребує проведення психотерапевтичних заходів, а в деяких випадках – корекційної медикаментозної терапії [306].

Як показано в дослідженні [129], захворювання ССС здебільшого (n = 40; 51,9 %) маніфестували в перші 10 років після участі в бойових діях. Цереброваскулярна патологія маніфестувала в різні періоди після закінчення бойових дій, але в більшості спостережень (n = 8; 42,1 %) клінічний дебют цереброваскулярної патології відбувався в перші 5 післявоєнних років, що підтверджує роль бойового стресу й ПТСР у розвитку раннього атеросклерозу й АГ [98]. При цьому прискорений процес формування й розвитку серцево-судинної патології, у тому числі на основі атеросклерозу й пов'язаної з ним гіперліпідемії, переходить на нову, вік-залежну стадію і стає більше пов'язаним із процесом старіння організму в цілому, ніж із впливом ПТСР [131].

Є.В.Треньовою і співавт. (2015) отримано результати, які свідчать про прискорене старіння ССС учасників сучасних воєн і збройних конфліктів, що страждають на ПТСР, у порівнянні з популяційним стандартом [38, 234].

Проаналізовано психоневрологічну захворюваність військовослужбовців строкової служби (n = 90) у різні терміни служби. Виявлено порушення вегетативного балансу, що знаходить відображення в слабкій вегетативній реактивності й вегетативному забезпеченні переважно в солдатів перших трьох місяців служби [71].

У загальному спектрі психосоматичних розладів у військовослужбовців переважає гіпертонічна хвороба. Роль стресового чинника різної інтенсивності й тривалості в розвитку й становленні АГ активно обговорюється в науковій літературі. За сучасними уявленнями, провідним чинником розвитку АГ є перенапруження вищої нервової діяльності, що виникає під впливом зовнішнього середовища й призводить до стійкого збудження вегетативних

центрів регуляції кровообігу з вторинним порушенням гуморальних та інших систем регуляції артеріального тиску (АТ) [270, 302, 332, 365]. Як підкреслюють S.M.Al-Asmary і співавт. (2008), проблема підвищеного АТ у військовослужбовців має особливу значущість унаслідок можливого впливу АГ на здатність якісно виконувати обов'язки військової служби. Саме тому вивчення особливостей формування стрес-індукованої АГ на ранніх стадіях формування в молодих військовослужбовців із коротким стажем служби автори вважають особливо необхідним [264]. У молодих чоловіків, які зазнають впливу стресогенної діяльності протягом 1-3 років, виявлено підвищення й офісного, й амбулаторного АТ, у порівнянні з однолітками, чия діяльність не пов'язана з указаним видом зовнішнього впливу. Важливо, що ступінь підвищення АТ залежить від вираженості стресогенного професійного чинника [50].

D.Wenzel і співавт. (2009) установлено, що поширеність АГ (n = 380) у чоловіків-військовослужбовців віком від 19 до 35 років становить 22 % [414]. За висновками авторів, куріння, надмірна вага, нерегулярна фізична активність формують групи підвищеного ризику розвитку АГ в умовах військової служби [414]. Дані, наведені S. S. Coughlin і співавт. (2011), які узагальнили самостійно наведену ветеранами війни в Перській затоці (n = 9 970) інформацію про ріст і вагу, свідчать, що надмірна вага й ожиріння – досить поширене явище серед військовослужбовців (46,8 і 29,6 % відповідно), при цьому вони частіше мали певні хронічні порушення здоров'я, зокрема ПТСР [295].

A.Peckerman і співавт. (2003) дійшли висновку, що коморбідний ПТСР сприяє порушенню регуляції серцево-судинних реакцій на психічні й постратуральні стресори у ветеранів війни в Перській Затоці із синдромом хронічної втоми (n = 55) і може бути фізіологічною основою для збільшення соматичних скарг із симптомами ПТСР [373].

Для військовослужбовців із АГ характерний достовірно вищий рівень виявлення субклінічної депресії й поєднання тривоги і депресії [231].

Базовою рисою особистості учасників бойових дій є тривожність, яка може формуватися ще в дитинстві й як стійка характеристика проявляється на тлі

бойового стресу. У військовослужбовців із середнім і високим рівнями тривожності спостерігалися порушення фізіологічних реакцій різних систем організму: ССС (підвищення АТ, тахікардія, порушення ритму серця), ШКТ (сухість у роті, диспептичні явища, дискінезії жовчного міхура, дискомфорт, анорексія), дихальної системи (почастішання дихання, задишка, нестача повітря). Крім того, виявляли пітливість, почервоніння шкіри, головний біль, артралгії, імпотенцію. Широкий спектр фізіологічних реакцій пояснює, чому тривала тривожність викликає психосоматичні розлади, а сам стан тривожності нерідко маскується скаргами соматичного характеру [403]. Зауважимо, що цей аспект проблеми практично не враховується в організації медичної допомоги військовослужбовцям, що обґрунтовує необхідність розробки й упровадження комплексу медико-організаційних заходів щодо діагностики й корекції коморбідних тривожних і депресивних розладів у амбулаторних умовах.

A.R.Schryi співавт. (2015) установлено, що військовослужбовці ($n = 1030$), які служили під час війн у Іраку й Афганістані, демонструють зв'язок тяжкості симптомів ПТСР і самооцінку стану здоров'я як поганого, що обмежує їхню участь у професійній і повсякденній діяльності [388]. Водночас, S.A.Eisen і співавт. (2005) стверджують, що через десять років після війни стан фізичного здоров'я військовослужбовців, які брали ($n = 1061$) чи не брали ($n = 1128$) участь у бойових діях у Перській Затоці (1991), подібний. Однак, участь у бойових діях була асоційована з підвищеним ризиком розвитку фіброміалгії (2,0 і 1,2 %), синдрому хронічної втоми (1,6 і 0,1 % відповідно), захворювань шкіри (34,6 і 26,8 % відповідно), диспепсії (9,1 і 6,0 % відповідно) і клінічно незначного зниження показника фізичної складової опитувальника якості життя SF-36 (49,3 і 50,8 % відповідно) [307].

Вивчення закономірностей формування й розвитку патології ШКТ в учасників сучасних бойових дій свідчить про деякі особливості [369]. Тривалий вплив хронічного стресу в учасників бойових дій і техногенних катастроф нерідко призводить до формування ульцерогенної патології шлунку і ДПК [147]. За результатами аналізу анамнезу встановлено [115], що виразкова хвороба

шлунку і ДПК у більшості ветеранів Афганістану (87 %) проявилася під час участі в бойових діях або невдовзі після них, що вказує на порушення процесів адаптації й реакції організму на гострий бойовий стрес. У ветеранів Чечні (57 %) захворювання, навпаки, маніфестувало через 5-6 років після їх участі у бойових діях. Отже, хронічний стрес, пов'язаний із реадaptaцією до мирного життя, який накладається на патофізіологічні наслідки бойового стресу, у поєднанні зі спадковою схильністю й формуванням імунODEпресії посилює патогенність дії Н. pylory. Чинниками, які посилювали персистенцію захворювання, були шкідливі звички (куріння, уживання алкоголю), порушення харчування, напружені умови життя, що спостерігалось з однаковою частотою в обох групах військовослужбовців (до 90 %). За висновками авторів, виразкова хвороба в учасників локальних конфліктів є багатофакторною проблемою, в якій важливе місце займають порушені процеси адаптації до бойових і мирних умов. Патогенетично обґрунтованим автори вважають включення в програми реабілітації військовослужбовців психотерапії й нейропротекції для послаблення наслідків впливу бойового стресу [115]. Патологію ШКТ у ветеранів локальних воєн у період віддалених наслідків спостерігали у 24,28 % пацієнтів. Патологія ШКТ поєднувалася з наслідками перенесених інфекційних хвороб (дизентерія, черевний тиф, гепатити) – у 67,05 % і наслідками хронічних інтоксикацій (куріння, уживання алкоголю й інших психоактивних речовин) – у 77,64 % випадків [63].

Виразкова хвороба шлунку й ДПК у більшості випадків діагностувалася в перші 10 років після участі в бойових діях [129]. Кислотозалежні захворювання ШКТ характерніші для пізнішого періоду після закінчення бойових дій [265]. Е. А. Mayer (2000) підкреслює, що постстресові нейроендокринні порушення призводять до зміни не лише моторної функції ШКТ, а й імунної відповіді організму. При цьому зміна імунітету у ветеранів бойових дій із ПТСР має свої закономірності й визначається як вторинний імунODEфіцитний стан нейрогенної природи [359].

Отже, можна стверджувати, що захворювання ШКТ приблизно в третині випадків маніфестують безпосередньо в період участі в бойових діях під впливом бойового стресу, але надалі їх формування й розвиток прямо пов'язані з інтенсивністю ПТСР.

За даними S.M.Parsel і співавт. (2018) у ветеранів із порушеннями дихальної системи спостерігалися особистісні зміни у формі нав'язливо-невротичних розладів (43,5 %), схильності до пригнічення агресивної поведінки, прихованої аутоагресії (31,8 %) [372].

M.Hadzimejlić і співавт. (1994) ендокринні порушення спостерігали у формі порушення толерантності до глюкози з розвитком цукрового діабету (ЦД) 2 типу (2,2 %) із подальшим формуванням вторинної залежності від інсуліну, а також дисфункцію щитоподібної залози у формі гіпертиреозу (1,9 %) [322].

Захворювання шкіри, представлені псоріазом (46,2 %), екземою (15,2 %) і нейродермітом (38,5 %), загострення яких корелювало з афективною або невротичною декомпенсацією, H.Matz і співавт. (2002) спостерігали в 3,70 % ветеранів бойових дій. На думку авторів, наявність психосоматичних зв'язків при шкірній патології в комбатантів підтверджує, з одного боку, вплив чинника спадкової схильності, з іншого – потужний психогенний вплив бойового стресу, соціальні труднощі й сімейні конфлікти в посттравматичний період, які викликають маніфестацію процесу [358].

P.Doyle і співавт. (2006), узагальнивши дані наукової літератури, установили, що порушення в репродуктивній системі спостерігаються в 46,0 % ветеранів бойових дій у Перській Затоці. Виявлені зміни в репродуктивній системі представлені еректильною дисфункцією [300]. Результати, отримані T.S.Wells і співавт. (2006), не свідчать про зв'язок між участю у війні в Перській Затоці й несприятливими репродуктивними наслідками і в чоловіків, і в жінок-ветеранів протягом 4 років після війни [413].

Таким чином, військовослужбовці, що були задіяні в бойових діях, опиняються під негативним впливом цілої низки небезпечних для життя та здоров'я чинників, котрі переважають ступінь психофізіологічних і психічних

резервів організму та спричиняють збільшення рівня загальної захворюваності та зростання граничних психічних розладів. Першопричинами зазначеного вважаються психофізіологічна напруженість і нервово-психічний стрес. Наведене зумовлює дезадаптацію та психотравматизацію військовослужбовців, що являється основною внутрішньою перешкодою під час пристосування військовослужбовців до мирного життя.

Перебування в екстремальних ситуаціях навіть у віддалений період має деструктивні наслідки для фізичного і психічного здоров'я військовослужбовців, особливо без надання своєчасної медико-психологічної допомоги. На рівні різних систем організму цей процес проявляється трансформацією функціональних порушень переважно екзогенного генезу (вегетативні, психовегетативні розлади) у хронічний патологічний процес екзогенно-ендогенної органічної природи (психосоматичні захворювання). Причому за наявності домінуючої системи ушкодження простежується полісистемний характер ушкоджень на фоні дезадаптивних змін із боку нервової системи, що також є особливістю етіопатогенезу стрес-асоційованих розладів здоров'я після впливу БПТ.

Інтенсивна динаміка геополітичних подій зумовлює необхідність поглиблення інформованості фахівців різних спеціальностей щодо наслідків психотравмуючих подій, удосконалення скринінгових програм раннього виявлення психічних розладів у військовослужбовців із БПТ і подальшого моніторингу стану їхнього здоров'я як контингенту підвищеного ризику, для якого незадовільні соціальні умови життя стають додатковими дестабілізуючим чинником.

Результати аналізу наявної літератури дозволяють розглядати психосоматичні захворювання не лише як співвідношення соматичного і психічного, а й як фізіологічні, психічні й соціальні впливи в їх сукупності та взаємодії. Це визначає високу соціальну значущість і необхідність постійного вдосконалення системи, засобів і способів профілактики, корекції психосоматичного стану й реабілітації військовослужбовців.

1.3. Організаційно-правові аспекти надання медичної допомоги постраждалим зі стрес-асоційованими розладами здоров'я

Актуальність проблеми наукового обґрунтування державного регулювання надання медичної допомоги військовослужбовцям на сучасному етапі визначається низкою чинників: невідповідністю наявних її організаційно-правових форм сучасним вимогам, а також вимогам щодо медичного забезпечення військ держав-членів НАТО; необхідністю вдосконалення медичного забезпечення військовослужбовців і ветеранів; наявністю протиріччя між чинними вимогами до управління відомчою охороною здоров'я й перспективними управлінськими моделями єдиного медичного простору України; необхідністю приведення потреб військовослужбовців і ветеранів щодо медичного забезпечення до реальних можливостей національної системи охорони здоров'я; браком резерву висококваліфікованих військових лікарів, лікарів-психологів, реабілітологів, військових фельдшерів, операційних медичних сестер у зв'язку з ліквідацією військових кафедр у переважній більшості медичних вишів України; зниженням інтересу керівництва медичної галузі й Міністерства Збройних сил України до наукових напрацювань вітчизняних дослідників у галузі військової медицини. Також не розроблено стандартизовані скринінгові системи оцінки показників стану здоров'я, які можуть бути використані для визначення необхідності й ефективності реабілітаційних заходів [29].

Зміст збройної боротьби в Україні нині зазнає нових якісних змін, що змушує загальнодержавну систему охорони здоров'я перебувати в постійній готовності до роботи в інтенсивних умовах надання медичної допомоги великій кількості поранених і хворих і потребує створення ефективної системи гарантованого медичного забезпечення військовослужбовців і членів їхніх родин, інтегровану в загальнодержавну систему охорони здоров'я [51]. Належне нормативно-правове регулювання функціонування системи медичного забезпечення й використання норм права як одного із засобів державного

управління – обов’язкова умова стабільного розвитку системи охорони здоров’я військовослужбовців [20].

Нормативно-правове регулювання прав військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, на охорону здоров’я й реабілітацію забезпечують регламентуючі, дорадчі документи світового співтовариства (ООН, ВООЗ та ін.), згоду на обов’язковість дотримання яких надано Верховною Радою України; внутрішньодержавні юридичні акти (Конституція, закони, укази, розпорядження Президента України, постанови Уряду України та ін.); документи суб’єктів України, які сприяють реалізації законів на своїй території, виконання регіональних положень; документи муніципальних установ; рішення, накази, розпорядження безпосередньо установ та організацій [49].

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 03.02.2016 р. № 49 «Про затвердження Імплементативної угоди між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання, про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації» [175], мета котрої – здійснення співробітництва стосовно проєктів у галузі медичної реабілітації, встановлено, що «медична реабілітація» - це процес, націлений на відновлення чи зведення до мінімуму обмежень активної діяльності людьми, котрі постраждали в результаті травм, та, крім того, одержання ними більшої незалежності та по-максимуму можливої якості життя в фізичному, психологічному, соціальному та професійному аспектах. З огляду на тип вади потрібне виконання певних заходів, зокрема, медичне лікування, фізична реабілітація, професійна підготовка, підтримка соціального та психологічного стану чи допомога в набутті економічної самодостатності. В межах угоди визначається втілення програми «Повернення до життя» [175]. Рекомендується реалізація новітніх технологій надання медичної допомоги та лікування поранених і постраждалих згідно зі стандартами медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих настанов у сфері охорони здоров’я країн, що є членами НАТО. В планах – формування системи медичної реабілітації, котра гарантуватиме відновлення фізичних, психологічних та соціальних функцій військовослужбовців [10].

Нормативну основу адміністративно-правового регулювання прав військовослужбовців ЗС України на охорону здоров'я складає Конституція України, яка в статті 49 гарантує кожному право на охорону здоров'я й медичну допомогу [88]. Відповідно до статті 283 Цивільного кодексу України охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбачених Конституцією України й відповідними законами [245]. Стаття 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає право кожного на охорону здоров'я [138].

В. Л. Савицький і співавт. (2014) вважають, що чинна система медико-соціального забезпечення військовослужбовців потребує суттєвого доопрацювання нормативно-правової бази на державному й відомчому рівнях, що можливо за умови створення основних нормативно-правових документів медичного забезпечення на державному рівні – Військово-медичної доктрини; Концепції медичного забезпечення на перспективний період; Державної програми щодо створення єдиного медичного простору в Україні; Закону про стандарти професійного здоров'я військовослужбовців і медичної допомоги у ЗС України; Державної програми охорони професійного здоров'я; Закону про страхову медицину в ЗС України тощо [216].

До системи законодавчого регулювання реабілітації учасників бойових дій належать наступні Закони України: «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [203], «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [202], «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [197] та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [198], що поширюються на учасників АТО, які мають інвалідність унаслідок участі в бойових діях.

Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-ХІІ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [203] тривалий час був чи не єдиним законодавчим актом, спрямованим на соціально-правовий захист ветеранів, але прийнятий він був за радянських часів в умовах зменшення кількості ветеранів із кожним роком. У наш час за значного збільшення ветеранської спільноти в

державі виникли проблеми із забезпеченням задекларованих норм. Найголовніше те, що норми цього Закону не могли забезпечити потреби сучасного покоління ветеранів, які брали участь у бойових діях.

На виконання вимог Постанови Кабінету Міністрів України від 11.08.2014 р. №326 створена Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, яка реалізовує державну політику у сфері соціального захисту ветеранів війни й учасників АТО, зокрема щодо забезпечення їх адаптації та психологічної реабілітації, забезпечення санаторно-курортним лікуванням, технічними й іншими засобами реабілітації, забезпечення житлом ветеранів війни, надання їм освітніх послуг, соціальної й професійної адаптації військовослужбовців, які звільняються з військової служби, інших учасників АТО й осіб, звільнених із військової служби, організації їх поховання [205]. Міністерство соціальної політики України 06.02.2015 р. видало наказ № 114 «Про затвердження Порядку ведення Єдиного реєстру учасників антитерористичної операції»[182].

Приписи нормативно-правових актів «Про Збройні Сили України», «Про оборону», «Про Раду національної безпеки і оборони України», «Про військовий обов'язок і військову службу» та ін. також спрямовано на регламентацію відносин у сфері забезпечення прав військовослужбовців ЗС України на охорону здоров'я [107].

Базовий нормативний документ охорони здоров'я військовослужбовців – це Військово-медична доктрина України, в якій сформульовано сучасні принципи побудови системи медичного забезпечення військ. Військово-медична доктрина України об'єднує науково обґрунтовані принципи, єдині організаційні вимоги і професійно-технологічні стандарти військової медицини [55, 57]. Серед принципів, покладених у основу організації функціонування системи медичного забезпечення війська, виділено таке: оптимізація загальнодержавних і галузевих медично-соціальних заходів (фізичної, психосоматичної й соціальної реабілітації для запобігання інвалідності, втраті працездатності; повернення до лав або трудової діяльності); державна політика України в галузі реабілітації

гарантує координованість системи реабілітації, що втілюється за допомогою своєчасних, постійних та комплексних відновлювальних заходів і методик та, крім того, через доступність засобів реабілітації, реабілітаційних послуг, відповідність їхніх змісту, рівня та кількості фізичним, розумовим, психічним змогам і стану здоров'я хворих, поранених та інвалідів [199]. Зокрема, Державна служба України у справах ветеранів війни й АТО направила Дорожню карту стосовно надання учасникам АТО психологічної реабілітації, гарантування котрої визначають наступні нормативно-правові акти: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.08.2016 р. № 528 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції до реабілітаційних установ для проходження психологічної реабілітації та назад» [188], Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 р. № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції» [183] зі змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.2018 р. № 239 [168]; Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» [192] зі змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.2018 р. № 239 [168]. Зазначається, що психологічна реабілітація є комплексом заходів задля відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого й соціального статусів особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Порядок проведення психологічної реабілітації учасників АТО визначає механізм організації психологічної реабілітації спеціалістами структурних підрозділів із питань соціального захисту населення [192].

Згідно з вимогами «Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції й постраждалих учасників Революції

Гідності» [192] Міністерством соціальної політики України видано наказ від 01.06.2018 р. № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності», яким затверджено низку документів: стандарт психологічної діагностики; типову форму індивідуального плану психологічної реабілітації; типову форму картки психологічного супроводження отримувача послуг; висновок-прогноз психологічної реабілітації; протокол діагностичного обстеження [194].

В 2017 році МЗСУ прийняло Концепцію програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних сил України на період до 2020 року, ухвалення котрої повинне гарантувати напрацювання та реалізацію новітніх медичних технологій надання медичної допомоги, лікування та реабілітацію, здійснення лікувально-профілактичних заходів згідно зі стандартами медичної допомоги, клінічними протоколами й іншими галузевими стандартами в галузі охорони здоров'я та, крім того, військово-медичними стандартами [178].

Варто пригадати, що у квітні 1995 р. на спільному засіданні колегій Міністерства Збройних сил й МОЗ України обговорювалася проблема реформування лікувально-профілактичного забезпечення військовослужбовців і визначалися шляхи подолання організаційної роз'єднаності між медичною службою Міністерства Збройних сил й МОЗ України [108]. Рішення спільного засідання стали основою для прийняття Постанови Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини» [164]. Зазначена постанова уряду фактично стала першим нормативно-правовим актом, що визначив шлях для створення єдиного медичного простору нашої держави. У наш час територіальна система медичного забезпечення – це реальний шлях до зближення й об'єднання зусиль медичних підрозділів двох відомств – цивільного й військового. Таку форму взаємодії цивільної й військової медицини вважають моделлю функціонування єдиного медичного простору України [108].

Потреба застосування мережі цивільних закладів охорони здоров'я з метою лікування військовослужбовців спричинена тим, що під час особливого періоду жодна військово-медична служба, навіть у збройних силах економічно розвинених держав світу, не здатна своїми силами та засобами повною мірою забезпечити потреби військ щодо надання військовослужбовцям спеціалізованої й високоспеціалізованої медичної допомоги, в їх лікуванні, а також реабілітації [104]. Процедура використання цивільних закладів охорони здоров'я для того, щоб надавати спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу військовослужбовцям, а також їх перелік повинні погоджуватися урядовими актами та мають стати основою для гарантованого забезпечення державою військовослужбовців усіма видами медичної допомоги, починаючи з поля бою та завершуючи повною реабілітацією [103].

Напрацьовано певні заходи реагування на державному рівні щодо цивільно-військового співробітництва. У Законі України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» передбачено розробити проєкти законів України з питань охорони здоров'я для виконання заходів щодо передачі відомчих установ і закладів охорони здоров'я до сфери управління центрального органу влади, що забезпечує формування й реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я [166]. На виконання Указу Президента України від 14.11.2014 р. № 880/2014 «Про Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року» [200] і з метою досягнення соціальної адаптації, скорочення термінів відновлення втраченого здоров'я, повернення учасників військової операції на Сході України в суспільство проводиться реабілітація в госпіталях ветеранів війни [69].

Щоб покращити державні стандарти реабілітаційних, соціальних та психологічних послуг, а також врахувати провідний світовий довід, було ухвалено Постанову Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 р. № 1021 «Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення

національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року» [174]. Програма спрямована на проведення ретельного адміністрування потреб учасників АТО, з урахуванням гендерних особливостей, підвищення рівня самоусвідомлення ними участі у відповідних процесах реабілітації до цивільного життя, посилення їхнього соціального захисту, підтримку належного психічного стану, вирішення невідкладних питань надання послуг із медичної, психологічної, соціальної, фізичної, професійної, фізкультурно-спортивної реабілітації й реабілітації, а також на підвищення ефективності взаємодії центральних і місцевих органів влади, органів місцевого самоврядування, громадських і міжнародних організацій. Виконання визначених Програмою заходів сприятиме створенню системи реабілітації й реабілітації учасників АТО і членів їхніх сімей, забезпеченню моніторингу їхнього фізичного і психологічного стану, реабілітації в суспільстві. Також буде запроваджена прозора система обліку й оцінювання якості наданих послуг, що дозволить провадити ефективне управління бюджетними коштами, які виділяються на реабілітацію [174].

Значущою фазою нормативно-правового регулювання реабілітації учасників АТО було ухвалення Кабінетом Міністрів України Постанови від 31.03.2015 р. № 200 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням», котрою окреслюється процедура використання фінансів, що передбачені в державному бюджеті відповідно до програми «Заходи із психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації, забезпечення санаторно-курортним лікуванням із застосуванням сучасних технологій постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції» на забезпечення санаторно-курортним лікуванням в установах, що розташовані в Україні [184].

Із 2017 р. запрацював новий механізм отримання реабілітаційного лікування за рахунок коштів Фонду соціального страхування України. Звільнені

(демобілізовані) у запас учасники АТО, які повернулися до роботи на підприємствах, в установах і організаціях, забезпечуються путівками на медико-психологічну реабілітацію в санаторно-курортні заклади за наявності медичних/психологічних показань і відсутності протипоказань для реабілітації. Таким чином, учасники АТО за рахунок коштів Фонду можуть у супроводі членів сім'ї відновити своє здоров'я в умовах санаторно-курортного закладу один раз після демобілізації. Підставою для того, щоб проводити реабілітаційне лікування, вважається висновок лікарсько-консультативної комісії медичного закладу відповідно до профілю медико-психологічної реабілітації (порушення адаптації, розлади, що мають зв'язок із вживанням їжі, неорганічні розлади сну, соматоформні розлади, неврастенія) [121].

Отже, широкий спектр проблем реабілітації учасників АТО потребує посиленої й комплексної уваги з боку держави, оскільки відновлення, збереження і зміцнення здоров'я громадян, які втратили його, захищаючи інтереси країни, – найважливіше завдання цивілізованого суспільства й держави. Виконати його можна лише за наявності добре відлагодженої, організаційно, технічно оснащеної й фінансово забезпеченої системи охорони здоров'я, складовою частиною якої має стати єдина система медичної й соціальної реабілітації учасників бойових дій.

Незважаючи на чинну нормативну базу, в Україні досі немає єдиного затвердженого керівного документа щодо рекомендацій з організації лікувально-профілактичного забезпечення й реабілітації військовослужбовців із різними класами хвороб, пов'язаними з виконанням військової служби, а також відсутня ефективна система надання реабілітаційних послуг особам, які брали участь у АТО, при цьому заклади охорони здоров'я й реабілітаційні установи повноцінно не виконують покладених на них завдань.

Нормативно-правова база реабілітації військовослужбовців не повністю відповідає потребам сьогодення, а також не узгоджується із загальновизнаними високогуманними міжнародними нормами і стандартами. Правове поле хоча й містить багато нових нормативних актів щодо розв'язання численних проблем

УБД, та вони переважно декларативні, не забезпечені матеріальними ресурсами й механізмами управлінського впровадження. У правовому регулюванні питань реабілітації й реадaptaції учасників АТО відсутня системність, спостерігається співіснування «радянського» і новітнього європейського підходів.

Зазначене обґрунтовує необхідність удосконалення й розвитку нормативно-правової бази для забезпечення функціонування системи реабілітації військовослужбовців, що сприятиме поліпшенню її організації й оптимізуватиме механізм і процедури прийняття рішень із метою зменшення прямих і опосередкованих витрат бюджетних коштів, підвищення ефективності надання реабілітаційних послуг.

1.4. Сучасні підходи до реабілітації хворих із стрес-асоційованими розладами

Медичні й соціально-економічні наслідки проявів БПТ потребують активного впровадження ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, що сприятимуть запобіганню розладів стану здоров'я й відновленню соціально-професійного статусу осіб, постраждалих унаслідок стресогенного впливу умов збройного конфлікту [263, 329]. На жаль, система заходів щодо реабілітації ветеранів бойових дій, наявна нині в українському суспільстві, не набула системного характеру. Наслідком цього стали відсутність дієвої системи медико-соціального захисту військовослужбовців, що породжує незадоволення ветеранів своїм становищем у суспільстві, високий рівень захворюваності, значний відсоток суїцидів, психологічне неблагополуччя тощо.

Незважаючи на тяжкі емоційні страждання, хворі дуже рідко самостійно звертаються по допомогу і до психіатричних, і до медичних установ загалом, відповідно, більшість військовослужбовців залишаються без необхідної медико-психологічної допомоги, що обґрунтовує необхідність її спеціальної організації. Прояви БПТ можуть бути і на доклінічному (донозологічному) рівні, коли

йдеться про зміни, що не досягають патологічного рівня, і на клінічному рівні, переважно у вигляді невротичних розладів [251].

Проблема України полягає в тому, що, незважаючи на наявність цілого ряду реабілітаційних центрів по всій країні, відсутня єдина обов'язкова й загальнодоступна програма реабілітації військовослужбовців. До фахівців мають направлятися всі, без винятку, військовослужбовці, хто перебував у зоні бойових дій, оскільки війна – це травма для всіх учасників, хоча в кожного вона проявляється по-різному. Одночасно з реабілітаційними заходами має бути налагоджена робота соціальних програм [28].

У наш час єдиної точки зору щодо найбільш ефективних методів терапії ПТСР немає. Провідними в лікувально-реабілітаційних підходах вважають методи психотерапії й медико-психологічної корекції на тлі вибіркової й дуже помірної фармакологічної підтримки.

Термін «реабілітація» запозичений із латинської мови: «*re*» – відновлення і «*habilitas*» – сприяння, корисність, тобто дослівний переклад терміна – відновлення корисності [222]. В медичних наукових джерелах поняття «реабілітація» виникло 1903 року, а значного поширення набуло після Другої світової війни, коли в країн-учасниць постала потреба реалізації заходів, що дозволять відновити здоров'я та працездатність багатьох інвалідів та учасників війни [238].

Загальноприйнято виокремлювати декілька видів реабілітації: медичну, що ґрунтується на реалізації лікувальних заходів; соціальну, котра зводиться до розвитку головних соціальних навичок; професійну (виробничу), відповідно до котрої передбачається повернення хворих та постраждалих до трудової діяльності [143]. Як доповнення до цих видів визначають, крім того, й фізичну та психологічну [21] реабілітацію. Наразі на особливу увагу заслуговують медична і психологічна реабілітації [250]. Оскільки, якщо через медичну реабілітацію відновлюються втрачені функції й властивості організму людини, то соціально-психологічна реабілітація повинна гарантувати нормальне життя в соціумі, а також виконувати профілактику її деградації.

В умовах військової частини основні елементи лікувально-реабілітаційних заходів необхідно проводити відразу після закінчення бойових дій, формуючи атмосферу турботи, психологічної підтримки військовослужбовців командирами, спеціалістами з особового складу й товаришами по службі в тісній взаємодії з медичними працівниками й військовими психологами [330]. Відомо, що для запобігання БПТ у зарубіжних арміях створюються системи психологічної допомоги, де психологічна допомога військовослужбовцям надається як психологічна підтримка і психологічна реабілітація. Для забезпечення високої ефективності психологічної допомоги учасникам бойових дій розроблено принципи її організації, об'єднані аббревіатурою BICEPS (Brevity, Immediacy, Contact, Expectancy, Proximity, Simplicity). Дотримання цих принципів дозволяє повертати до військової служби понад 75 % потерпілих [72, 408]. Не менш важлива на початковому етапі профілактика аддиктивної поведінки, оскільки саме в період ранніх постстресових реакцій прояви підвищеної схильності до вживання алкоголю або наркотиків («для зняття стресу») можуть стати незворотними і призвести надалі до формування залежної поведінки й тяжких наслідків для здоров'я [336, 390]. Так, S. S. Coughlini співавтор (2011), проаналізувши дані, надані 9 970 респондентами-ветеранами війни в Перській Затоці протягом 2003-2005 років, установили, що ПТСР, депресивний розлад, незрозуміла мультисимптомна хвороба й синдром хронічної втоми частіше траплялися у ветеранів із проблемним уживанням алкоголю. Близько 28 % ветеранів війни з проблемним уживанням алкоголю мали ПТСР у порівнянні з 13 % ветеранів без цієї проблеми, тобто військовослужбовці з проблемним уживанням алкоголю мали у 2,7 раза більше шансів мати ПТСР і пов'язані з ним розлади здоров'я [294].

О.М. Соколова і співавтори (2015) наголошують, що медичною реабілітацією військовослужбовців є диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів, націлених на відновлення функціонального стану їхнього здоров'я до оптимальної працездатності через поетапне застосування низки методів медикаментозного, хірургічного, імунологічного,

фізіотерапевтичного, психологічного, фізичного та психофізіологічного впливу на функціонально чи патологічно змінені системи організму [224]. Ґрунтуючись на результатах власних розробок і досліджень інших авторів, Я.Ф.Радиш і О.М.Соколова (2012) дійшли висновку, що з позицій системного підходу система медичної реабілітації військовослужбовців може вважатись емпіричною, штучною (створеною людиною), відкритою, постійною, динамічною соціальною системою. Це – складна система, оскільки вона має розгалужену структуру й велику кількість елементів. Водночас система реабілітації військовослужбовців є підсистемою системи медичної допомоги. Підсистема реабілітації військовослужбовців реалізує свої цілі в тісній взаємодії з іншими підсистемами системи медичної допомоги [212].

Виділяють три етапи реабілітації військовослужбовців: госпітальний, санаторний і поліклінічний [225]. На госпітальному етапі реабілітація відбувається безпосередньо у зв'язку з лікувальним процесом, доповнюючи і підвищуючи його результативність. Якраз через це розробка методів медичної реабілітації відбувається, зважаючи на лікування поранених та хворих, а здійснення реабілітаційних заходів вважається компонентом лікувально-відновлювальної процедури [253]. На санаторному етапі відбувається реабілітація осіб, яких на певному етапі лікування чи після перебування в стаціонарі направляють у санаторій [221]. На амбулаторно-поліклінічному етапі проводять диспансерний нагляд, виконують заходи з підтримання працездатності, запобігання вторинним і пізнім ускладненням, поступово включають потерпілих у професійну діяльність. Цей етап, як правило, завершує реабілітацію [248].

Більше половини хворих, які потребують медичної реабілітації, відновлюють стан здоров'я в амбулаторних умовах і звідти безпосередньо направляються на санаторний етап, звідки знову повертаються в амбулаторії й поліклініки, де за ними встановлюють диспансерний нагляд із застосуванням реабілітаційних заходів. Меншу частину хворих з амбулаторно-поліклінічного етапу направляють у стаціонар, де закріплюються результати амбулаторно-

поліклінічної реабілітації з наступним проведенням санаторного етапу. Певна частина хворих починає реабілітацію, як і раніше, зі стаціонарного етапу, куди вони потрапляють у гострий період, який потребує застосування методів і засобів стаціонару [37].

На території України результативно провадить діяльність мережа госпіталів ветеранів війни, в котрих сформовано новітню лікувальну та матеріально-технічну базу, що гарантує реалізацію фізичної, медичної, психолого-психіатричної та, крім того, певних складових соціально-побутової реабілітації [1]. Медична реабілітація передбачає послуги з відновної терапії (фізіотерапії, механотерапії, рефлексотерапії, бальнеотерапії, медикаментозного лікування, нетрадиційних методів лікування та ін.); відновної хірургії (за потреби – із залученням фахівців МОЗ України), стоматологічного протезування; підготовки до протезування. Фізична реабілітація містить послуги з ерготерапії (працею), кінезотерапії (рухом), ЛФК, масажу. Завдяки психолого-психіатричній реабілітації надаються послуги з консультування, психологічної діагностики, психологічної корекції, психотерапії, психіатричної допомоги, зокрема й медикаментозної. Після того, як завершено реабілітацію в госпіталях ветеранів війни, військовослужбовця в черговий раз направляють у відомчий госпіталь, у якому військово-лікарська комісія ухвалює рішення стосовно наступного лікування та реабілітації щоб здійснювати реабілітацію військовослужбовців, крім того, ухвалене рішення Уряду України про тимчасове перепідпорядкування санаторіїв «Укрпрофоздоровниці» МО України [121].

Основними принципами медичної реабілітації у Збройних силах визначено: максимально ранній початок відновлювальних заходів; етапність; комплексний і раціональний характер використання реабілітаційних засобів; індивідуальність з урахуванням характеру, виду, стадії й локалізації патологічного процесу; наступність і безперервність заходів; досягнення максимально високого рівня відновлювальних функцій [249].

Отже, сучасні погляди на профілактичні, лікувальні й реабілітаційні заходи щодо стрес-індукованих розладів здоров'я в учасників збройних

конфліктів зводяться до необхідності максимально раннього (бажано – одразу після травматичної події) мультидисциплінарного підходу, з проведенням комплексу медичних, психологічних і соціальних втручань [16]. Так, S.Priebe і співавт. (2009) провели інтерв'ю з 264 військовослужбовцями колишньої Югославії, які після участі у військовому конфлікті страждали на ПТСР, але ніколи не отримували психіатричної або психологічної допомоги [376]. Інтерв'ю відбулося через $10,7 \pm 3,0$ року після отримання БПТ, при цьому в 83,7 % учасників знову було діагностовано ПТСР. Автори вважають, що особи, які страждають на невиліковний ПТСР, пов'язаний із війною, мають високий ризик того, що ПТСР триватиме й через десять років після травмування. Якість їхнього життя відносно низька, а асоційовані хвороби потребують значних витрат від системи охорони здоров'я і суспільства в цілому [376].

Результати спостереження за військовослужбовцями з розладами здоров'я, пов'язаними з ПТСР, протягом 2,4 року після БПТ дозволили М.М.Burg і співавт. (2017) стверджувати, що зменшення довготривалого впливу ПТСР на здоров'я вимагає дуже раннього спостереження й лікування. Так, дослідження взаємозв'язку ПТСР і його лікування показало, що терапія знизила показник ризику пов'язаних із ПТСР інцидентів АГ із 1,44 (у пацієнтів, що не лікувалися) до 1,20 – у військовослужбовців, які пройшли лікування [288].

Унаслідок неотримання своєчасної допомоги функціональні прояви ПТСР розвиваються до рівня патохарактерологічного порушення, що, своєю чергою, призводить до істотного утруднення адаптації учасників локальних конфліктів до постекстремальних умов, зниження тривалості та якості життя. Результати досліджень показують, що близько 70-80 % учасників зі стрес-асоційованими розладами здоров'я потребують медичної реабілітації, а 20-30 % – комплексного лікування [311].

В літературних джерелах найбільш часто зустрічається термін «психологічна реабілітація» як сукупність профілактичних, лікувальних та евакуаційних заходів, які гарантують збереження психічного здоров'я військовослужбовців як основи їхньої боєздатності [118]. Проте тільки через

психологічні заходи важку проблему БПТ не вирішити. Оскільки в патогенезі психогенних травм переважає проблема перенапруження та трансформації процесів гарантування адаптаційних процесів та, до того ж, утворення стійких патологічних змін в структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму. У цих умовах доцільно застосовувати всі форми й методи (превентивні, клінічні, функціональні, психологічні) комплексної медико-психологічної реабілітації [28]. При цьому, недооцінка чи ігнорування порушень психічної сфери, позбавлення або відмова від лікування психопатологічної симптоматики призводять до їх хронічного перебігу. І через 6 місяців після фізичної або психічної травми, гострого захворювання, оперативного втручання ці порушення виникнуть уже у вигляді ПТСР, який призведе до інвалідизації хворого [339].

У 1990-х роках виник новий напрям розв'язання проблем, пов'язаних зі станом здоров'я фахівців окремих категорій, у тому числі військовослужбовців, – концепція превентивної реабілітації, що є системою оздоровчих і відновлювальних заходів, регламентованих залежно від первинного стану фахівця в процесі діяльності, етапів і умов їх проведення [24]. Г.Л.Апанасенко (2011) визначає превентивну реабілітацію як комплекс оздоровчих заходів задля повернення індивіда до «безпечної» зони здоров'я, що є найбільш обґрунтованим і реальним шляхом первинної профілактики хронічних неінфекційних хвороб [65]. Ця система має бути постійно діючою й вирішувати не тільки медичні, а й психологічні, соціальні, правові, побутові питання. Серед заходів превентивної реабілітації виділяють оптимізацію умов праці з урахуванням індивідуальних психофізіологічних властивостей військовослужбовців, а також ерго- і трофотропної корекції функціонального стану за допомогою різноманітних, переважно немедикаментозних, заходів втручання [95].

Наразі можливо говорити про те, що стан здоров'я військовослужбовців та незначна результативність системи медичного забезпечення Збройних сил України не вважається виключно медичною проблемою, а набули особливостей одного з чинників, що переважно формує соціальну напругу в суспільстві. Рівень

захворюваності в ЗСУ в 10-20 разів переважає відповідні показники в арміях держав НАТО та в 2 рази – рівень захворюваності громадян України. До того ж показник стаціонарного лікування, що вважається найбільш витратним в економічному аспекті видом лікування, становить приблизно 60 %, натомість у арміях розвинутих країн світу цей показник не перевищує 10-15 % [117]. Оскільки психічне й фізичне здоров'я тісно пов'язані, важливо досліджувати механізми впливу на психічне здоров'я особистості й ті патологічні зміни, які відбуваються в організмі бійця під впливом екстремальних умов військової служби [47, 399].

На жаль, кількість фахівців із досвідом проведення медико-психологічної реабілітації постраждалих унаслідок екстремальних психогенних впливів у нашій країні досить обмежена, що вимагає розробки дієвих організаційних системних заходів щодо збереження й зміцнення здоров'я військовослужбовців.

А.І.Єна та співавтори (2014) переконані, що доцільно виокремити такі етапи, на котрих потрібно організувати та здійснювати заходи медико-психологічної реабілітації: призов та підготовка в навчальному центрі; участь у бойових операціях; період виведення із зони бойових дій для відпочинку та переформування; лікування в медичних установах; пристосування до умов мирного життя [53]. Аналогічні етапи визначили К.Vitzthum і співавт. (2009), котрі рекомендували здійснювати запобіжні заходи на етапах розгортання підрозділів та навчання військовослужбовців, прямо після впливу психотравмуючих факторів, у процесі лікування та відновлення. Таку роботу мають розпочинати відповідні фахівці (у першу чергу – військові психологи й медики) ще на етапі виходу військовослужбовців із зони ведення бойових дій. Крім того, її слід проводити з військовослужбовцями, які лікуються після поранень, контузій, травм. Ефективність запропонованих заходів автори оцінили за досвідом їх застосування на міжнародному рівні, для реабілітації пацієнтів із ПТСР після проведення миротворчих операцій у Південно-Східній Європі та війнах у Перській затоці [411]. Треба підкреслити, що коли боєць із зони конфлікту в Україні з різними травмами потрапляє в стаціонар, незалежно від

відділення, його обов'язково оглядають психолог або психіатр. Проте для того, щоб правильно діагностувати розлад, лікар мусить мати високу кваліфікацію, а для лікування посттравматичного стану потрібні час і матеріальне забезпечення з боку держави.

Наразі напрацьовано три концептуальні підходи щодо надання психологічної допомоги в бойових обставинах – американська, ізраїльська та російська системи [94]. Американська система сформована так: командир підрозділу та молодший медичний спеціаліст визначають людей з БПТ та організовують їм термінову психологічну підтримку, потім скеровують постраждалого в батальйонний медичний пункт, у якому йому надають долікарську допомогу (сон, тепло, якісне харчування, відпочинок та якнайменше фармакологічних препаратів) впродовж кількох годин. Впродовж двох тижнів, крім цих заходів, з постраждалими здійснюють легкі заняття з бойової підготовки, влаштовують зустрічі з іншими військовослужбовцями, заходи психологічної, а також психіатричної допомоги. Щоб надавати подібну допомогу, в медичній роті працюють психолог, психіатр та соціолог. Якщо немає позитивних ефектів, лікування проводять у психіатричному закладі або стаціонарному шпиталі. Відповідно до оцінок фахівців, результативність такої допомоги сягає 45-75 % [343]. Ізраїльська система психологічної допомоги передбачає комплексні особливості та зводиться до виявлення командирами прямо в підрозділі осіб, що мають ознаки БПТ. Цих військовослужбовців скеровують у батальйонний медичний пункт, в якому з ними впродовж кількох годин проводять психотерапевтичні заходи. Для цього застосовують психотерапію, в разі потреби – медикаментозні препарати, переважно снодійні, налагоджують зв'язок із командирами, іншими військовослужбовцями. Коли зазначена робота не приносить позитивного ефекту, постраждалих відправляють у дивізійну медичну роту на строк до двох тижнів. Відповідно до оцінок фахівців, результативність такої допомоги становить 25-55 % [277]. Російській системі властиве те, що психологічну підтримку надають здебільшого воїнам, що мають психотичні та психічні розлади, що розвиваються на фоні фізичних поранень і

травм. Під час бойових дій в «гарячих» точках схвалено роботу спеціальної групи психологічної (психофізіологічної) допомоги, до складу котрої входять психіатри, психофізіологи, психофармакологи. Дієвість подібної допомоги становить 15-45 % [78].

На думку вітчизняних авторів навчального посібника «Психіатрія особливого періоду» (Ю.В.Рум'янцев і співавт., 2015), головна ланка, що надає медико-психологічну та психіатричну допомогу учасникам бойових дій, - це «група медичного підсилення», до складу якої входять лікар-психіатр (командир групи), двоє медичних/клінічних психологів, котрі використовують методи психокорекції та психотерапії, лікар-психофізіолог, фельдшер, двоє санітарів. Група націлена на здійснення запобіжних заходів, функціональну та медико-психологічну допомогу [215].

Сформовано основні принципи психологічної допомоги:

- **наближеність** – допомога має бути максимально наближеною до підрозділу, проводитися в ньому;
- **швидкість** – реабілітаційні заходи потрібно застосовувати в найкоротший термін, одразу після виявлення ознак психічних розладів;
- **надійність** – організація психологічної допомоги передбачає формування й підтримку у військовослужбовців упевненості в обов'язковому отриманні необхідної медичної допомоги;
- **простота** – діагностичні, лікувальні й реабілітаційні заходи мають бути нескладними, загальнодоступними [109].

Важливий превентивний захід медико-психологічної реабілітації – проведення психофізіологічної діагностики для оцінки професійно важливих якостей та індивідуальних резервів адаптації. Мета психофізіологічної діагностики – визначити придатність до військово-професійної діяльності, потребу в лікуванні чи реабілітації; моніторинг динаміки індивідуальних резервів увсі періоди військової служби; оцінка ефективності лікування й реабілітації [54].

Необхідним елементом системи психодіагностики й моніторингу в Україні має стати Реєстр учасників збройних конфліктів із базою показників рівня розвитку їхніх професійно важливих якостей і функціональних резервів. Реєстр доречно утворити відповідно до міжвідомчого наказу з наданням Міністерству охорони здоров'я України повноважень утримувача Реєстру [53].

Психофізіологічна діагностика дає змогу на ранніх стадіях виявити осіб, які мають ослаблені адаптаційні змоги та вірогідні ранні й тяжкі прояви БПТ, реально дати оцінку початковим змінам стану здоров'я військовослужбовців і, крім того, сформувати своєчасно персональні прийоми й способи запобігання та відновлення, реакцію на корекційні та реабілітаційні заходи, оскільки ймовірність і тяжкість проявів БПТ значним чином спричинені психофізіологічним характером військовослужбовців [229].

Відповідно до експертних оцінок, економічний результат запровадження психофізіологічних розробок у військово-професійну сферу військовослужбовців США сягає 400 %, тому що адаптація до військової служби осіб, які мають високий ступінь розвитку в професійному аспекті значущих якостей, проходить більш успішно, що допомагає зменшити частоту психогенних розладів у два рази. Аварійність через вину працівників скорочується на 40-70 %, надійність систем керування зростає на 10-25 %, видатки на те, щоб підготувати спеціалістів, зменшуються на 30-40 %. Відповідно до результатів психофізіологічних обстежень, відсів кандидатів, які не придатні до служби в армії США, складає від 16 до 65 %, зважаючи на вид військ та своєрідність військово-професійної діяльності [262, 297, 378].

Спеціальні психофізіологічні служби, до того ж, діють в арміях Великої Британії, Німеччини, Франції, Японії, Бельгії та у великій кількості інших держав [389].

Значущим завданням вважається використання методів превентивної, психологічної та функціональної реабілітації в ході участі військовослужбовців у бойових діях [287]. Зокрема, Т. Р. Pallmeyer та співавт. (1986) пов'язують 38 % втрат особового складу в ході війни у В'єтнамі з тим, що є недосконалою система

психофізіологічного забезпечення військ [371]. Результатом отриманого досвіду є використання психофізіологічних технологій з метою забезпечення військ в ході бойових дій в Іраку й Афганістані, що дозволили скоротити в два рази психогенні втрати в результаті БПТ та істотно зменшити частоту проявів та тяжкості ПТСР [312].

В.С. Новиков (1996) з огляду на досвід Чеченської війни 1994-1995 років переконаний, що суттєва нервово-емоційна напруженість бойових умов у 75 % випадків супроводжувалася дезорганізацією психічної діяльності, а боєздатність частин та підрозділів на 65 % спричинена функціональним станом організму військовослужбовців, що аргументує потребу психофізіологічного забезпечення бойової діяльності на стадії підготовки до ведення бойових дій, під час бойової діяльності та після того, як виведено військовослужбовців із зони бойових дій. Низка заходів визначає здійснення психологічних скринінгових досліджень та психофізіологічного обстеження, раціональний розподіл військовослужбовців по підрозділах, встановлення осіб, які мають функціональні та патологічні розлади, здійснення заходів корекції та реабілітації; передбачення вірогідних віддалених результатів впливу стрес-факторів та забезпечення спеціалізованої медико-психологічної допомоги [136].

Ж.А. Сігрангі співавт. (2017) стверджують, що військовослужбовці, які страждають на ПТСР, не отримують належної медичної допомоги на основі доказової медицини через відомчі бар'єри й стигматизацію, отриману під час лікування в спеціалізованих клініках психічного здоров'я. Медичні працівники первинної медичної допомоги можуть забезпечити ефективне лікування військовослужбовців, що розширює їхній доступ до медичного забезпечення й реабілітації. Досліджували, чи буде лікування в первинній ланці медико-санітарної допомоги з елементами короткочасної когнітивно-поведінкової терапії (модель, розроблена для установ первинної допомоги – «Prolonged Exposure for Primary Care», PE-PC) ефективним для полегшення симптомів, що супроводжують ПТСР (n = 67). Критеріями включення були суттєві симптоми ПТСР після військових подій, постійність застосування ліків і мотивація до

лікування симптомів ПТСР. Критеріями виключення були помірний або високий ризик самогубства, тяжкі травми головного мозку або вживання алкоголю/наркотичних речовини на рівні, що вимагав негайного лікування [291]. За висновками авторів, використання РЕ-РС зменшує тяжкість ПТСР. Пролонговане лікування свідчить про сильніші ефекти, порівняно з пацієнтами, які отримали лише негайне втручання після БПТ. Лікувальні переваги зберігалися протягом 6 місяців спостереження. РЕ-РС, упроваджене в інтегровану первинну медичну допомогу, ефективне для лікування ПТСР і супутніх симптомів і може зменшити перешкоди й стигму, виявлені в установках спеціального догляду [291].

Оцінка психосоматичного стану військовослужбовців, окрім безпосередньо клінічного, має й соціальний підтекст, оскільки відомо, що психіатричний діагноз має набагато важливіші соціальні наслідки для індивідуума, ніж соматичний. Тому в медичному нагляді за військовослужбовцями з БПТ слід ураховувати не лише психічну й соматичну складові, а і прогноз подальшого соціального функціонування [396].

С.С.Engel і співавт. (2008) також повідомляють, що військовослужбовці США після участі в збройних конфліктів у Іраку й Афганістані в більшості випадків не отримують необхідних медичних послуг. Удосконалення військової системи первинної медичної допомоги може допомогти розв'язати ці проблеми. Для перевірки доцільності системного догляду за пацієнтами з ПТСР і депресією запропоновано модель спільної опіки «Реінжинірингові системи первинної допомоги при ПТСР та депресії у військовій сфері» (RESPECT-Mil), ключовими елементами якої є універсальний скринінг ПТСР і депресії, стандартизована оцінка наданої первинної медичної допомоги пацієнтам, а також участь медичної сестри – посередника з догляду, що забезпечує безперервність лікування й реабілітації військовослужбовців. Помічник допомагає постачальникам послуг із первинної медичної допомоги проводити спостереження, моніторинг симптомів і коригувати лікування, а також забезпечує взаємозв'язок клініки первинної медико-санітарної допомоги, що підтримує армійські підрозділи, які

перебувають у Іраку, Афганістані й інших розгортаннях, зі спеціальними службами психічного здоров'я. Тридцять провайдерів первинної медичної допомоги (сімейні лікарі, помічники лікарів і медсестри) пройшли навчання в цій моделі та з лікування депресії й ПТСР. Шістдесят дев'ять пацієнтів, які брали участь у програмі протягом 6 тижнів, у більшості випадків визнали клінічне полегшення симптомів ПТСР і депресії та покращення стану здоров'я в цілому. Були відсутні сильні побічні ефекти. Автори вважають, що запропонована версія RESPECT-Mil є здійсненою, безпечною й прийнятною для постачальників медичних послуг, оскільки забезпечує впровадження підходів до спільної опіки при ПТСР у популяціях із високим ризиком психічних ускладнень [309].

З метою налагодження роботи цивільних закладів охорони здоров'я, котрі планується залучати для того, щоб надавати медичну допомогу та лікування військовослужбовцям, і, крім того, взаємодії з військово-медичними службами, В.Г. Лівінський (2016) рекомендує об'єднати їх в межах адміністративно-територіальних одиниць у ТФО охорони здоров'я. ТФО охорони здоров'я є групою закладів охорони здоров'я державної й комунальної форм власності, що розміщені на території адміністративно-територіальної одиниці, котрі під час особливого періоду надають резерв профільних ліжок (до 30·% загальної кількості) для того, щоб надавати спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу військовослужбовцям, лікувати їх та здійснювати реабілітаційні заходи. Головними завданнями ТФО повинні бути забезпечення військовослужбовцям вчасного лікування та здійснення медичної і фізичної реабілітації [103]. Соціальна складова результативності рекомендованої функціонально-організаційної моделі зводиться до зростання відсотка осіб, котрі завершили лікування, не змінивши категорії придатності, й скорочення чисельності осіб, котрим будуть потрібні відпустки за станом здоров'я або через встановлення інвалідності. В той же час залишається непорушним надання медичної допомоги цивільному населенню у встановлених адміністративно-територіальних одиницях, заклади охорони здоров'я, котрі будуть залучені до

лікування військовослужбовців, не будуть припиняти основної роботи стосовно забезпечення громадян України медичними послугами [104].

Отже, ситуація в Україні впродовж останніх років виходить за межі звичайного людського досвіду, що спричиняє значне порушення життєдіяльності людей, шкоду для їхнього здоров'я. Вочевидь гостро постає потреба реабілітації хворих зі стрес-асоційованими розладами здоров'я. Система медичної реабілітації учасників бойових дій мусить мати тривалий трьохетапний (поліклініка, стаціонар, санаторій) характер і закінчуватися соціальною адаптацією військовослужбовців, яка охоплює психофізіологічний, фізичний і професійний аспекти.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Встановлено, що в структурі стрес-асоційованих розладів одне з головних місць займає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

2. Визначено, що існуючі наукові підходи для усунення наслідків бойової психічної травми (БПТ) ймовірні в разі налагодження єдиної системи медико-соціальної реабілітації на основі уніфікованої програми та стандартизованих протоколів реабілітації, а також залучення медичних фахівців усіх спеціальностей, фахівців з реабілітації, психологів.

3. Показано, що в Україні відсутні комплексні диференційовані програми, спрямовані на реабілітацію військовослужбовців із хронічним ПТСР, розраховані на тривалий період реабілітації й орієнтовані на підвищення якості життя й соціального функціонування учасників бойових дій.

4. Доведено, що розробка інструментарію скринінгу, разом з оцінкою відповідних клінічних і психологічних результатів для військовослужбовців, які повертаються додому після участі в бойових діях, можуть допомогти зосередити ресурси на ранньому виявленні потенційних довгострокових проявів стрес-асоційованих розладів, що покращить прогноз їх перебігу.

5. Аналіз наукової літератури засвідчив відсутність єдиних методологічних підходів, логістичного механізму та координації в організації медичної, психологічної й соціальної реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту.

Результати дослідження, представлені в першому розділі, висвітлені в наступних публікаціях автора:

1. Гавловський А. Д., Голованова І. А., Харченко Н. В. Ретроспективний аналіз посттравматического стрессового расстройства. Wiadomości Lekarskie. 2018, tom LXXI, № 9, s. 1835-1840.

2. Ждан В. М., Гавловський О. Д. Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України / Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – С. 162-170.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МЕТОДИ, МАТЕРІАЛИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення основної мети дослідження – медико-соціального обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами – потребувало розробки спеціальної програми, у котрій системний підхід до низки клінічних, статистичних, епідеміологічних, соціологічних досліджень і використання відповідних методичних інструментів дозволили одержати доказову базу для того, щоб провести оцінку наявного стану об'єкта дослідження, ідентифікувати проблеми та визначити шляхи їх вирішення.

Науковою базою дослідження, яке проводилось упродовж 2014 - 2018 рр., обрані:

- Комунальне підприємство «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»;
- Комунальний заклад «Кременчуцький обласний госпіталь для інвалідів війни»;
- КП «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»;
- Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни;
- ПРАТ «Миргородкурорт».

Розробленою програмою передбачалось проведення дослідження у вісім етапів, на кожному з яких визначались завдання для досягнення проміжних результатів, структура та обсяг інформаційної бази та методи дослідження (рис. 2.1).

На всіх етапах роботи застосували методологію системного підходу й аналізу.

Мета дослідження	Здійснити медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройних конфліктів зі стрес-асоційованими розладами здоров'я
Перший етап	Аналіз світового та національного досвіду щодо епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику їх виникнення й організації системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні
Матеріали: 423 джерела наукової літератури, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 163 – латиною, 260 – кирилицею), Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape; законодавчі та нормативно-правові документи – 56 од.	
Другий етап	Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури, змісту й обсягу інформаційних матеріалів
Третій етап	Визначення контингенту осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг
Матеріали: дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Центру медичної статистики ДООЗ Полтавської обл. (127 од.) за 2013-2018 рр.	
Четвертий етап	Аналіз стану здоров'я учасників АТО за даними госпіталізованої захворюваності. Динаміка психічної захворюваності та поширення депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту
Матеріали: дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України Полтавської обл. (127 од.) за 2013-2018 рр.; статистичні матеріали основних показників медичного забезпечення ветеранів війни України за 2016-2018 рр.; звітна форма 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» (6 од.)	
П'ятий етап	Установлення факторів, що асоціюються з розвитком стрес-асоційованих розладів у осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту
Матеріали: медичні карти стаціонарного хворого ф. № 003/о (296 од.), результати соціологічного опитування (анкетування) 25 лікарів	
Шостий етап	Аналіз нормативно-правового забезпечення організації фізичної, психічної, соціальної реабілітації учасників АТО в Україні
Матеріали: законодавчі акти та нормативно-правові документи, що регулюють організацію медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в Україні (48 од.)	
Сьомий етап	Визначення передумов створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами
Матеріали: результати проведення фокус-групи за участі 31 лікаря-організатора ОЗ	
Восьмий етап	Обґрунтування, розробка та впровадження окремих елементів оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами
Матеріали: результати власного дослідження, дані психологічного тестування (75 од.), анкети експертів (31 од.)	
Методи дослідження на етапах: системного підходу – I-VII; описового моделювання – VII; бібліосемантичний – I-VII; експертних оцінок – VII; статистичний – II-VII; організаційного експерименту – VII; епідеміологічний – III-VII	
Упровадження: наукові публікації (38 од., з них 16 – у наукових фахових виданнях України категорії «Б», 8 – у виданнях наукометричних баз Web of Science і Scopus, тези в матеріалах наукових форумів (8 од.); акти впровадження (12 од.); монографії (2 од.); інформаційні листи (2 од.); свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір; навчально-методичний посібник	

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг і методичний апарат дослідження

Критеріями включення відомостей про контингенти осіб, постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, обрано дані про ветеранів - учасників АТО Збройних сил України, а критеріями виключення – дані про учасників АТО МВС України й переселенців внаслідок збройного конфлікту на Сході України.

На першому етапі було проаналізовано вітчизняні та світові інформаційні ресурси з баз даних Pubmed, Medscape, Google Scholar, матеріали ВООЗ за темою. Вивчено досвід країн, які брали участь у воєнних діях. Розглядали наукові літературні джерела фахових видань України щодо організації системи реабілітації, факторів ризику виникнення стрес-асоційованих розладів. Проведено бібліографічний і семантичний аналіз обраних матеріалів, результати якого аргументовано довели необхідність обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами. Таким чином, опрацьовано 423 інформаційних джерела, із яких 163 – зарубіжних авторів. Отримані результати дозволили конкретизувати напрям, об'єкт і предмет дослідження.

На другому етапі окреслено напрям наукової роботи, визначено об'єкт і предмет, мету, завдання, зміст і структуру та обсяг матеріалів, методологію та методичний апарат дослідження, розроблено його програму.

Метою *третього етапу* визначено вивчення чисельності контингенту осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг. У якості матеріалів дослідження на даному етапі використані матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Центру медичної статистики ДООЗ Полтавської області (127 од.) за 2013-2018 рр., завдяки чому простежено динаміку кількості ветеранів, учасників бойових дій та інвалідів внаслідок бойових дій.

На четвертому етапі проведено аналіз стану здоров'я учасників АТО, які лікувалися в госпіталях Полтавської області, вивчення динаміки психічної

захворюваності та поширення депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту.

Із застосуванням методу описової епідеміології здійснювали оцінку показників захворюваності, інвалідності учасників АТО, з цією метою застосовували відносні величини, а саме інтенсивний, екстенсивний показники та показники наочності. Під час встановлення їх тренду використовували динамічні ряди: окреслювали темп приросту, завдяки чому вдалося виявити тренд для його опису [119].

Захворюваність і поширеність депресивних розладів у жителів Полтави й Полтавської області вивчали за новим класифікатором ВООЗ ICD – 11 [334]. За звітною формою 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» вивчали такі класи депресивних розладів: F3-39 – розлади настрою (афективні розлади), F40-48 – невротичні й соматичні розлади, F43.0 – захворюваність тяжкого стресу й порушення адаптації.

Оскільки психотравмуючі події впливають не лише на постраждалих від збройного конфлікту, але й на мирне населення, ми розглянули такі питання: динаміка психічної захворюваності й поширеності депресивних розладів серед жителів Полтавської області в період збройного конфлікту; динаміка психічної захворюваності серед учасників АТО Полтавської області.

На цьому етапі дослідження джерелами інформації були: основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України (статистичні матеріали) за 2016 - 2018 роки; щорічні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики 2013-2018 роки (127 одиниць).

Виконання завдань *п'ятого етапу* полягало у визначенні факторів ризику виникнення стрес-асоційованих розладів у постраждалих унаслідок збройного конфлікту. До стрес-асоційованих розладів було зараховано нозологічні форми, які, на думку низки авторів (В. С. Гірчун, А. Г. Кириченко, В. М. Корнацький) [81] мають етіологічний зв'язок із АТО: психічні розлади й розлади поведінки (клас V); гостра реакція на стрес (F43); реакція на важкий стрес і порушення

адаптації (F43.0); посттравматичний стресовий розлад (F43.1); депресії: депресивні епізоди (F32); рекурентні депресивні розлади (F33).

Визначаючи фактори ризику, ці нозологічні форми розглядали в загальній множині, де особа, якій було встановлено той чи інший діагноз, складала підмножину, оскільки для розділу науки «Соціальна медицина» важливий погляд на здоров'я з точки зору загальної патології, а система реабілітації для них, ураховуючи подібність цих хвороб, буде спільною.

На цьому етапі дослідження проводили в КП «Полтавський обласний клінічний госпіталь для інвалідів війни Полтавської обласної ради», КП «Кременчуцький обласний клінічний шпиталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради», де шляхом викопіювання даних з медичної карти стаціонарного хворого ф. № 003/о (296 од.) вивчали: 1) демографічні (місце проживання), соціальні (сімейний стан, професія, працевлаштованість), біологічні (стать) показники; психо-емоційний стан, як прояв роботи вегетативної нервової системи; рівні тривожності й депресії; психологічні цінності; чинники негативного дитячого досвіду – методом анкетування.

Дані збирали безпосередньо під час контакту з пацієнтами з використанням структурованого опитувальника й медичних карт стаціонарного хворого, у т. ч з результатами психологічного тестування, проведеного лікарями госпіталів.

Для визначення обсягу вибірки використовували формулу 2.1:

$$n = \frac{t^2 pq N}{N \Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1),$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнту нормованого відхилення (у дослідженнях такого характеру дорівнює 2);

p – імовірність наявності ознаки (табличне значення - 0,5);

q – імовірність відсутності ознаки (табличне значення - 0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка, у соціологічних дослідженнях максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$.

При цьому обсяг генеральної сукупності становить: середня кількість ветеранів, які перебували в госпіталі, – $1152,0 \pm 111,1$ за три роки.

$$n = \frac{2^2 * 0.5 * 0.5 * 1152}{1152 * 0.0025 + 2^2 * 0.5 * 0.5} = 296,9$$

В основу вимірювань проявів вегетативної нервової системи було покладено показники, які досліджувалися Трад Реда Хасаном: збудливість, дратівливість, апатія, млявість; зниження працездатності; безсоння; гіперестезії, відчуття «грудки в горлі» [244] (Додаток А).

Депресію й рівень тривожності діагностували й вимірювали лікарі, як показано в медичних картках, за допомогою кількох опитувальників.

Міссісіпську шкалу (МШ) було напрацьовано для того, щоб оцінити рівень вираження посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій. Наразі вона вважається одним із найбільш широко застосовуваних інструментів для того, щоб виміряти ознаки посттравматичних стресових розладів [340]. В шкалі визначено 35 тверджень, кожне з котрих оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Результати оцінюють через додавання балів, підсумковий показник дає змогу встановити рівень впливу перенесеного особою травматичного досвіду. Результати: 35·96 - гарний ступінь адаптації; 97·111 - порушення адаптації; 112 та вище - ПТСР (Додаток Б).

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) запропонована американським психіатром Аароном Т.Беком у 1961 році [274]. Перероблений варіант BDI-1 було опубліковано в 1978 році, остання версія BDI-II датується 1996 роком. Методика розроблена на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії й найчастіші скарги пацієнтів. Результати: 0 - 9 – відсутність депресивних синдромів; 10 - 15 – легка депресія; 16 - 19 – помірна депресія; 20 - 29 – виражена депресія; 30 - 63 – важка депресія (Додаток Б).

Завдяки шкалі особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна з'являється можливість здійснити перші та значні уточнення щодо

якості інтегральної самооцінки особистості: чи наявна нестабільність цієї самооцінки ситуативної чи постійної, іншими словами, особистісної. Особистісну тривожність автори розглядають як порівняно стійку персональну якість особи, котра визначає рівень її занепокоєння, турботи, емоційної напруги в результаті впливу стресових чинників [243, 395]. Ситуативною тривожністю є стан пацієнта, що визначає рівень його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається через певну стресову ситуацію. Якщо особистісна тривожність – стійка індивідуальна особливість, то стан ситуативної тривожності може характеризуватися доволі інтенсивним і за часом, і за рівнем вираження. До 30 балів - низька тривожність; 31-45 балів - середня тривожність; 46 балів і вище - висока тривожність (Додаток Б).

Ціннісні орієнтації вивчали за модифікацією О. Б. Фанталової, що допомогло виявити дезінтеграцію в мотиваційно-особистісній сфері, ступінь невдоволення поточною життєвою ситуацією, внутрішню конфліктність, блокаду основних потреб, а також рівень самореалізації, інтегрованості й гармонії [237].

Негативний дитячий досвід – Adverse Childhood Experiences (ACE) вивчали за загальноприйнятою методикою ACE [153]. Дослідження несприятливого дитячого досвіду (НДО), або Adverse Childhood Experiences Study, – перше широкомасштабне наукове дослідження, проведене страховою медичною організацією Kaiser Permanente і Центром із контролю й профілактики захворювань у США [281, 401]. Учасники відбиралися з 1995 по 1997 рік і згодом перебували під тривалим наглядом лікарів. Дослідження продемонструвало безпосередній зв'язок несприятливого дитячого досвіду з проблемами зі здоров'ям та соціальними проблемами, які постають згодом, уже в дорослому житті.

Використовуючи запитання, сформульовані так, щоби відобразити досвід до 17 років, у дослідженні мали бути оцінені 7 категорій ACE: (1) фізична байдужість (відсутність турботи й захисту); (2) емоційне нехтування (відсутність почуття любові); (3) фізичне насильство (штовхали, хапали або ляскали); (4)

емоційне насильство (лаяли, ображали або придушували); (5) сексуальне насильство; (6) насильство в сім'ї; (7) сімейний анамнез психічних розладів, хвороб або зловживання алкоголем. Кожна категорія ACE була заснована на одному запитанні, поставленому самими учасниками дослідження RAP, за винятком сімейного анамнезу, психічних захворювань і зловживання алкоголем, які оцінювали за допомогою двохзапитань. Сім категорій ACE були оцінені як дихотомічні відповіді «так» або «ні» [348] (Додаток В).

Відносні величини порівнювали за допомогою критерію χ^2 (χ -квадрат), кількісні показники з ненормальним розподіленням при непов'язаних вибірках – за допомогою критерію Манна-Уїтні (критерій U).

Фактори ризику обчислювали за допомогою відношення шансів (Додаток Д): при цьому нами було розраховано відношення шансів (ВШ), 95% довірчий інтервал (95% ДІ).

Розраховували коефіцієнт ВШ за формулою (2.2):

$$\text{ВШ} = \frac{ad}{bc} \quad (2.2),$$

де:

a – кількість пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами за наявності фактора ризику;

b – кількість пацієнтів без стрес-асоційованих розладів за наявності фактора ризику;

c – кількість пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами за відсутності фактора ризику;

d – кількість пацієнтів без стрес-асоційованих розладів за відсутності фактора ризику.

Встановивши ВШ, прогнозували ризик утворення стрес-асоційованих розладів. Згаданий ризик розраховували через регресії Кокса, відповідно до котрих брався до уваги термін перебування військовослужбовця в зоні АТО. Об'єктом дослідження встановлено пацієнта, який має стрес-асоційований розлад та котрий перебував у госпіталі. Окреслення прогнозованого ризику утворення стрес-асоційованих розладів до 10 місяців оцінено шляхом регресії Кокса як

вплив на цей ризик незалежних змінних (предикторів). Вибрали ті предикатори, котрі є важливими під час дослідження ВШ. Ризик розкрили як функцію, що залежить від терміну перебування в зоні конфлікту. Ризик настання події для об'єкта презентовано у виді формули 2.3:

$$h_i(t) = h_0(t) \exp(\beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_p X_{ip}) \quad (2.3),$$

де:

$h_i(t)$ – базовий ризик, однаковий для всіх об'єктів;

$\beta_1, \dots, \beta_p$ – коефіцієнти;

$X_1, \dots, X_p$ – незалежні змінні, предиктори.

Базовий ризик $h_0(t)$ – ризик настання події для об'єкта з референтної групи (при цьому всі незалежні змінні $X_1, \dots, X_p$ дорівнюють нулю).

Для вивчення думки лікарів щодо необхідності психологічної допомоги всім ветеранам, які перебували в зоні АТО, проводили анкетування (додаток Е). Для визначення вибірки використовували ту ж формулу.

$$n = \frac{t^2 pq N}{N \Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1)$$

Згідно з наведеною формулою вибірка становить 25 фахівців.

Відповідно до поданої формули, вибірка становить 25 фахівців. Здійснено анкетування лікарів, котрі працюють в госпіталі та надають медичну допомогу учасникам АТО. Інформацію про фахівців подано в таблиці 2.1.

Розрахунки вибіркової сукупності для респондентів склали кількість, яка забезпечила репрезентативність отриманих даних.

Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням методів статистичного аналізу, реалізованих у пакеті ліцензійної прикладної програми SPSS 6.1.

Демографічна й професійна характеристика респондентів-лікарів

Стать	жінок – 19 чоловіків – 6
Атестаційні категорії	0 – вища (16) 1 – перша (7) 2 – друга (2)
Стаж роботи	23,7600 (95% ДІ 18,311-29,209)
Стаж роботи з учасниками АТО	5,1200 (95% ДІ 4,475-5,765)
Середній вік	49,6800 (95% ДІ 43,959-55,401)

На шостому етапі проводився аналіз законодавчого та нормативно-правового регулювання організації медичної, психологічної, соціальної й фізичної реабілітації учасників АТО в Україні за допомогою контент-аналізу 48 одиниць відповідних джерел.

На сьомому етапі було досліджено передумови необхідності створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту. Для вирішення цього завдання наукову роботу виконували двома етапами: якісного й кількісного дослідження. У частині якісного дослідження було проведено фокус-групу з організаторами охорони здоров'я, які працюють у госпіталях, де були висловлені думки щодо переваг, недоліків і основних рис системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами. У тій же послідовності проводили й факторний аналіз, анкетуючи 31-го лікаря-організатора ОЗ комунальних закладів: «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»; «Кременчуцький обласний госпіталь для інвалідів війни Полтавської обласної ради»; «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради».

Різниця методу множинних кореляцій від методу парних кореляцій в тому, що дає змогу визначити загальну структуру кореляційних залежностей, що є у середині багатовимірною експериментального матеріалу, який містить більше двох змінних. Один із найпоширеніших варіантів зазначеного методу –

факторний аналіз – дає можливість окреслити ряд внутрішніх взаємозв'язків, вірогідних причинно-наслідкових зв'язків в експериментальному матеріалі. Відповідно до підсумків факторного аналізу, можна виявити так звані чинники-причини, через які можна пояснити багато приватних (парних) кореляційних залежностей. Підсумком факторного аналізу є факторна структура, яка становить собою відображення простору корельованих змінних (R) у якийсь простір ідеальних математичних об'єктів (чинників), назване факторним простором (F). Математично фактор становить собою вектор, рівновеликий порядку кореляційної матриці. Компонентами цього вектора є нормовані коефіцієнти лінійних регресій, що пов'язують даний фактор з усіма змінними кореляційної матриці (формула 2.4).

$$F_i = (a_{1i}, a_{2i}, a_{3i}, \dots, a_{Ni}), \quad (2.4)$$

де:

i – номер фактора;

N – порядок кореляційної матриці;

$a_{1i}, a_{2i}, \dots, a_{Ni}$;

i – компоненти, названі факторними зарядами (абобагами) змінних.

Факторні заряди змінюються в тих же межах, що й коефіцієнти кореляції. У змістовому сенсі фактор становить собою невідому або гіпотетичну причину спільної мінливості змінних, які корелюють. Вихідним математичним об'єктом для факторного аналізу є кореляційна матриця (R) [90, 239]. Респондентам була запропонована анкета, де за 5-бальною шкалою необхідно було оцінити положення, виявлені на фокус-групі (Додаток Ж).

На восьмому заключному етапі здійснювали обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Методологією формування системи реабілітації була модель SADT (аббревіатура виразу Structured Analysis and Design Technique - методологія структурного аналізу та проєктування). Це методологія напрацьована спеціально

зادля полегшення опису та осмислення штучних систем, які опиняються в розряді середньої складності.

У рамках проведеного дослідження була методологія, яка найчастіше використовувалася для функціонального моделювання IDEF0. Сутність структурного підходу полягає в тому, що система декомпозується (розбивається) на функціональні підсистеми до необхідної межі деталізації [282, 345].

Систему реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами представлено відповідно до вимог методології SADT і її підмножини IDEF0. Надання реабілітації може бути розділене на ряд укрупнених модулів.

Розподіл на модулі відбувався на основі аналізу вхідних (Input) і вихідних (Output) ресурсів (матеріальних та інформаційних потоків), що управляють, (Control) і виконавців, механізмів (Mechanism) відповідно до вимог обраної методології. Відповідно до SADT та інструментарію класу BPwin 4.0 проєктовану функціональну модель ділять на окремі діаграми, кожен з яких виконують на окремому аркуші у вигляді докладнішого розкриття бокса (Activity) діаграми верхнього рівня, тобто батьківської (Parent). Таким чином, кожна наступна діаграма є, по суті, розкриттям (декомпозиція) одного з Activity діаграми вищого рівня. Будь-яка функціональна модель у BPwin 4.0 починається з так званої Тор-діаграми, яка має всього лише одну Activity. Усі інші діаграми – це декомпозиція Тор-діаграми [223].

Використання цієї системи в охороні здоров'я дозволить виявити проблеми й указати шляхи їх розв'язання. Для цього необхідно визначити загальні категорії (характерні для будь-якої існуючої в рамках дослідження системи) і притаманні лише системі реабілітації, що описують тільки конкретну систему, – тоді можна буде зробити висновок про те, що з них притаманне системі взагалі, а що характеризує середовище реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами зокрема.

Імплементація моделі відбулася на рівні госпіталів, де за вищезазначеними методиками було оцінено параметри центральної гемодинаміки й виміряно рівні

ситуаційної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханінім у 75 ветеранів. Після цього лікарями за запропонованою нами методикою було проведено мануальне, психологічне втручання на тлі лікувальної фізкультури, а потім повторне вимірювання цих же показників, чим і було доведено медичну ефективність методики.

Запропоновану модель системи було надіслано фахівцям охорони здоров'я, яким треба було оцінити її складові за 10-бальною шкалою, використовуючи запитання анкети. Експертами стали:

- три головні лікарі й три їхні заступники госпіталів для ветеранів Полтавської області;
- один головний лікар і його заступник ТМУ МВСУ;
- п'ять докторів і вісім кандидатів медичних наук за спеціальністю «Соціальна медицина»;
- шість лікарів-психіатрів, які мають вищу категорію;
- чотири кандидати медичних наук за спеціальністю «Психіатрія».

Усього 31 лікар.

На першому етапі нами було побудовано кореляційну матрицю. Для розв'язку першої задачі зазвичай використовують коефіцієнт рангової кореляції Спірмена [12, 219].

Для оцінки близькості висновків двох експертів доцільно використовувати коефіцієнт кореляції Кендала [12, 79, 219]. З цією метою розглядають оцінки всіх можливих пар будь-яких показників і визначають їх узгодженість. Для оцінки узгодженості висновків експертів у групі з більш ніж двома експертами, що характерно для нашого випадку, найчастіше використовують коефіцієнт конкордації Кендала [211] за формулами 2.5, 2.6:

$$K_k = \frac{12 P_c}{n^2 m(m^2 - 1)} \quad (2.5)$$

$$P_c = \frac{\sum_{j=1}^m (\sum_{i=1}^n r_{ij} - \frac{n(m+1)}{2})^2}{n^2 m(m^2 - 1)} \quad (2.6)$$

де:

n – число експертів,

m – число оцінюваних параметрів,

r_{ij} – ранг j -го елемента, присвоєний i -м експертом [209].

Було побудовано логічну модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами і розроблено індикатори моделі.

Таким чином, окреслені обсяги, напрацьована програма дисертаційного дослідження, застосовані методологічні інструменти забезпечили розв'язання визначених завдань та отримання репрезентативних об'єктивних підсумків, що стали базисом для розробки та наукового обґрунтування оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. В основу проведення дослідження покладалась методологія, яка полягала в багаторівневому та систематичному аналізі складових, які б поклали основу медико-соціальному обґрунтуванню системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, дозволили визначити об'єкт та предмет дослідження, а також завдання, методи, матеріали і обсяг дослідження.

2. Розроблено програму дослідження, яка складалася з восьми послідовних етапів, які логічно слідували один за одним, на основі системного підходу до виконання завдань, спрямованих на досягнення мети дослідження.

3. Обрано релевантні інформаційні джерела дослідження у вигляді наукової, директивної, довідникової інформації в достатньому обсязі, валідних стандартизованих опитувальників, який зміг забезпечити надійність отриманих результатів.

Результати дослідження, представлені в даному розділі, опубліковані в науковій праці автора:

1. Gavlovski A. D., Golovanova I. A., Rudenko L. A. et al. New horizons in the rehabilitation of participants of an antiterrorist operation/united states operation. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 4 (57). С. 41-45.

РОЗДІЛ 3

ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

3.1. Динаміка чисельності контингенту ветеранів війни, учасників АТО та інвалідів унаслідок збройного конфлікту

Динаміка чисельності контингенту ветеранів війни, учасників АТО та інвалідів унаслідок збройного конфлікту визначена відправною точкою для встановлення їхніх потреб у медичній допомозі, оскільки на території України тривають бойові дії з 2014 року. Учасники військових операцій повертаються додому, маючи нелегкий багаж психологічних переживань, зміну манери поведінки, інакше відношення до подій, що тривають у країні. Це значним чином змінює погляди та звички особи, що можуть виразитися в посиленій агресивності, неспроможності пристосуватися до мирного життя.

Аналізом матеріалів дослідження встановлено, що загалом кількість ветеранів війни в Україні, починаючи з 2014 року, постійно зростала. Упродовж 2016-2018 років їх чисельність збільшилася на 27,4% (табл. 3.1).

Відзначалася регіональна диференціація чисельності контингенту ветеранів: в частині областей кількість ветеранів зменшувалась (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Івано-Франківська, Київська, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Рівненська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька, Чернівецька, Чернігівська області, м. Київ); натомість у окремих областях зростала (Закарпатська – темп приросту 124,9%, Запорізька – 30,1%, Кіровоградська – 33,9%, Одеська – 3,9%, Сумська – 2,6%, Херсонська – 35,2%, а лідером в цьому переліку була Черкаська область – 144,8%) [75, 76].

Динаміка чисельності ветеранів війни в Україні впродовж 2016-2018 років

Області України	Роки/чисельність ветеранів війни (абс)			Темп приросту, %
	2016	2017	2018	
Вінницька	57109	42800	39985	-29,9
Волинська	35957	16695	16811	-53,2
Дніпропетровська	91996	66912	63421	-31,0
Донецька	40436	34545	30971	-23,4
Житомирська	43345	44734	41349	-4,6
Закарпатська	9197	21963	20688	124,9
Запорізька	56558	78030	73628	30,1
Івано-Франківська	34864	28877	27291	-21,7
Київська	56020	50593	48318	-13,7
Кіровоградська	31659	45032	42400	33,9
Львівська	88287	42701	40142	-54,5
Миколаївська	31628	34338	30938	-2,1
Одеська	50531	54979	52538	3,9
Полтавська	53300	54213	47734	-10,4
Рівненська	33094	27093	24886	-24,8
Сумська	41304	45562	42401	2,6
Тернопільська	44285	27395	24926	-43,7
Харківська	66816	43274	40530	-39,3
Херсонська	27096	39870	36659	35,2
Хмельницька	51730	49971	46567	-9,9
Черкаська	37956	66960	58781	144,8
Чернівецька	23743	6503	6153	-74,0
Чернігівська	49267	15623	15821	-67,8
м.Київ	60697	22162	21405	-64,7
Україна	1116875	389066	1423380	27,44

Чисельність інвалідів війни, як видно з таблиці 3.2, порівняно з 2016 роком зменшилася на 9,5 %. Зростання ж відбулося лише в окремих областях: Івано-Франківській – темп приросту 12,8%, Київській – 5,1%, Черкаській – 2,3%. Відзначався прямий високий кореляційний зв'язок між кількістю ветеранів та

інвалідів у Черкаській області ($r = 0,7$, $p = 0,02$). Тобто, збільшення кількості інвалідів у Черкаській області відбувалося за рахунок ветеранів.

Таблиця 3.2

Динаміка кількості інвалідів війни в Україні впродовж 2016-2018 років

Області України	Роки/кількість інвалідів війни			
	2016 абс., (%)	2017 абс., (%)	2018 абс., (%)	темп приросту, %
Вінницька	3491 (6,1)	3275 (7,7)	3259 (8,2)	-6,6
Волинська	2278 (6,3)	2232 (13,4)	2268 (13,5)	-0,43
Дніпропетровська	5397 (5,9)	4602 (6,9)	3969 (6,3)	-26,4
Донецька	2953(7,3)	2526 (7,3)	2378 (7,7)	-19,4
Житомирська	3421(7,9)	3170 (7,1)	3042 (7,4)	-11,0
Закарпатська	1149(12,5)	1049 (4,8)	1016 (4,9)	-11,5
Запорізька	2897(5,1)	2676 (3,4)	2463 (3,3)	-14,8
Івано-Франківська	1488(4,3)	1643 (5,7)	1679(6,2)	12,8
Київська	6697(12,0)	7016 (13,9)	7045 (14,6)	5,1
Кіровоградська	2493(7,9)	2386 (5,3)	2311 (5,5)	-7,3
Львівська	3786(4,3)	3781 (8,9)	3684 (9,2)	-2,6
Миколаївська	1662(5,3)	1450 (4,2)	1343 (4,3)	-19,1
Одеська	4773 (9,4)	4193 (7,6)	4015 (7,6)	-15,8
Полтавська	4705 (8,8)	4557 (8,4)	4401 (9,2)	-6,4
Рівненська	1961 (5,9)	1920 (7,1)	1898 (7,6)	-3,2
Сумська	2810 (6,8)	2579 (5,7)	2382 (5,6)	-15,2
Тернопільська	1324 (3,0)	1306 (4,8)	1294 (5,2)	-2,2
Харківська	7384 (11,1)	6929 (16,0)	6292 (15,5)	-14,7
Херсонська	1543 (5,7)	1475 (3,7)	1348 (3,7)	-12,6
Хмельницька	3424 (6,6)	3148 (6,3)	3071 (6,6)	-10,3
Черкаська	4086 (10,8)	4137 (0,6)	4180 (0,7)	2,3
Чернівецька	1449 (6,1)	1933 (29,7)	1183 (19,2)	-18,3
Чернігівська	5501 (11,2)	5273 (33,8)	5160 (32,6)	-6,1
м.Київ	6745 (11,1)	6246 (28,2)	5759 (26,9)	-14,6
УКРАЇНА	83417 (7,5)	79502 (20,4)	75440 (5,3)	-9,5

Водночас, якщо кількість ветеранів зросла на 27,4% загалом в Україні, кількість інвалідів війни зменшилася на 9,5%, кількість учасників бойових дій (УБД) в країні зросла на 14,3%. Найбільша кількість УБД відзначалася в Івано-Франківській області, де порівняно з 2016 роком цей показник зріс на 86,7% (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Динаміка кількості учасників бойових дій в Україні впродовж
2016-2018 років**

Області України	Роки/ кількість учасників бойових дій			
	2016 Абс (%)	2017 абс (%)	2018 абс (%)	темп приросту, %
1	2	3	4	5
Вінницька	13901 (24,3)	16048 (37,5)	16740 (41,9)	20,4
Волинська	10457 (29,1)	11296 (67,7)	11730 (69,8)	12,1
Дніпропетровська	23743 (25,8)	26690 (39,9)	27522 (43,4)	15,9
Донецька	7148 (17,7)	7230 (20,9)	7306 (23,6)	2,2
Житомирська	11661 (26,9)	12305 (27,5)	13001 (31,4)	11,4
Закарпатська	4782 (52,0)	6117 (27,9)	6880 (33,3)	43,8
Запорізька	13311 (23,5)	14420 (18,5)	14858 (20,2)	11,6
Івано-Франківська	5179 (14,9)	9291 (32,2)	9671 (35,4)	86,7
Київська	16320 (29,1)	18688 (36,9)	19383 (40,1)	18,7
Кіровоградська	11276 (35,6)	11949 (26,5)	12656 (29,8)	12,2
Львівська	17726 (20,1)	20189 (47,3)	20388 (50,8)	15,0
Миколаївська	9601 (30,1)	10293 (30,0)	10878 (35,2)	13,3
Одеська	17582 (34,8)	18046 (32,8)	18721 (35,6)	6,4
Полтавська	13105 (24,6)	13642 (25,5)	13673 (28,6)	4,3
Рівненська	9609 (29,0)	10708 (39,5)	11060 (44,4)	15,1
Сумська	11382 (27,6)	12082 (26,5)	12680 (29,9)	11,4
Тернопільська	5929 (13,4)	6369 (23,5)	7106 (28,5)	19,8
Харківська	17036 (25,5)	20501 (47,4)	20334 (50,2)	19,3
Херсонська	8427 (31,1)	9061 (22,7)	9876 (26,9)	17,1
Хмельницька	11804 (22,8)	12307 (24,6)	13030 (28,0)	10,3

1	2	3	4	5
Черкаська	11021 (29,0)	11496 (1,7)	11825 (2,0)	7,2
Чернівецька	3955 (16,7)	4570 (70,3)	4970 (80,8)	25,6
Чернігівська	9578 (19,4)	10350 (66,2)	10661 (67,4)	11,3
м.Київ	15759 (26,0)	15916 (71,8)	15646 (73,1)	-0,7
УКРАЇНА	280292 (25,1)	309564 (79,6)	320595 (22,5)	14,3

Найвищий відсоток УБД серед ветеранів спостерігався в Чернівецькій області – 80,8% [68].

Дослідження динаміки чисельності визначеного контингенту з позиції встановлення потенційного обсягу потреб у медичній допомозі доповнювалося даними про кількість осіб, охоплених диспансерним спостереженням. Установлено, що в 2019 році в Україні на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я перебували 967 848 ветеранів війни. Кількість інвалідів війни в цілому в Україні порівняно з 2016 роком збільшилася на 27,4 % (табл. 3.4) [142]. Тільки в двох областях (Дніпропетровській та Одеській) прослідковувалося скорочення їх чисельності, відповідно, на 10,2 % та 44,5 %. Як зауважується на сайті адміністрації Дніпропетровської області [218], згідно із законодавчими вимогами, до ветеранів відносяться не лише учасники війни 1941-1945 років, але й учасники воєн, що відбувалися пізніше; кількість ветеранів у місті поволі скорочувалася, відтак скорочувалась і кількість інвалідів.

Виявлено, що кількість учасників бойових дій, які перебували на диспансерному обліку, з часом збільшувалася, а темп приросту становив 42,8 % (табл. 3.5).

**Динаміка кількості учасників АТО, які перебувають на
диспансерному обліку**

Області України	Роки / кількість учасників АТО			
	2016	2017	2018	темп приросту, %
Вінницька	273	296	367	34,4
Волинська	278	401	495	78,0
Дніпропетровська	624	552	560	-10,2
Донецька	4	19	36	800
Житомирська	361	468	621	73,6
Закарпатська	68	12	197	189,7
Запорізька	84	189	190	126,1
Івано-Франківська	97	264	320	229,8
Київська	385	623	1010	162,3
Кіровоградська	122	179	238	95,0
Львівська	390	602	704	80,5
Миколаївська	185	254	334	80,5
Одеська	119	645	66	-44,5
Полтавська	154	226	255	65,5
Рівненська	71	113	162	128,1
Сумська	75	121	173	130,6
Тернопільська	59	96	157	166,1
Харківська	68	122	202	197,0
Херсонська	39	49	91	133,3
Хмельницька	92	114	197	1,1
Черкаська	191	366	523	173,8
Чернівецька	101	150	190	88,1
Чернігівська	139	202	263	89,2
м. Київ	149	204	272	82,5
УКРАЇНА	4128	6267	7623	84,6

**Динаміка кількості учасників бойових дій, які перебували на
диспансерному обліку**

Області України	Роки/ кількість учасників бойових дій			
	2016	2017	2018	темп приросту, %
Вінницька	9440	11291	12246	29,7
Волинська	6600	7584	8289	25,5
Дніпропетровська	8299	10822	16674	100,9
Донецька	1450	1834	2508	72,9
Житомирська	7378	8318	9411	27,5
Закарпатська	2422	1575	3529	45,7
Запорізька	4792	6271	7097	48,1
Івано-Франківська	3976	4949	5550	39,5
Київська	9518	11865	13113	37,7
Кіровоградська	6758	7788	8681	28,4
Львівська	7735	10587	11212	44,9
Миколаївська	4128	5537	6097	47,6
Одеська	1363	5042	5031	2,6
Полтавська	6611	7580	7852	0,1
Рівненська	4651	5879	6301	35,4
Сумська	6347	7441	8274	30,3
Тернопільська	2673	3327	3825	43,0
Харківська	6062	10419	11144	83,8
Херсонська	3954	4920	5443	37,6
Хмельницька	5614	6319	6880	22,5
Черкаська	5705	6504	7083	24,1
Чернівецька	3010	2875	3152	4,7
Чернігівська	5670	6623	7120	25,5
м. Київ	2974	3949	5129	72,4
УКРАЇНА	127130	159299	181641	42,8

Загалом, динаміка чисельності контингенту ветеранів, які були охоплені диспансерним обліком, логічно віддзеркалювала тенденції змін чисельності даного контингенту в країні.

Стаціонарне лікування учасників бойових дій, інвалідів і ветеранів війни спрямовується на відновлення фізичного та психічного здоров'я, досягнення соціально-психологічного благополуччя, зменшення частоти та тяжкості результатів перенесених бойових психічних травм у виді гострих стресових реакцій, профілактику інвалідності, запобігання агресивній та саморуйнівній поведінці [76, 86, 150, 208, 230, 254]. Саме тому наступним кроком нашого дослідження було визначення динаміки кількості ветеранів, які отримали стаціонарне лікування, що відображало їхні потреби в стаціонарній допомозі.

У таблиці 3.6 показано, що в цілому в Україні їхня кількість зросла, темп приросту склав 28,0 %.

Найвищим він був у Харківській області – 234,7 %, що в 3,3 раза більше порівняно з 2016 роком. Очевидно, це можна пояснити тим, що під час АТО сформувалися два основні напрямки лікувально-евакуаційних заходів з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичного забезпечення): один – переважно з Луганської області на Харків, другий – переважно з Донецької області на Дніпро [31]. У 2016 році (третій рік АТО) найбільша кількість ветеранів, які отримали стаціонарне лікування, нараховувалась у Дніпропетровській області, - 3 483 (39,03 %). Очевидно, це пов'язано з тим, що найвагоміший внесок у загальнодержавну справу щодо медичного забезпечення АТО зробила Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова, в якій надано медичну допомогу й проліковано понад 1 300 військовослужбовців. Понад 500 поранених військовослужбовців отримали спеціалізоване лікування в науково-дослідних клінічних установах Національної академії медичних наук України [13].

Необхідні подальші дослідження для систематичної оцінки кількості ветеранів і учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку, для планування мережі закладів охорони здоров'я й кількості медичних кадрів.

Динаміка чисельності ветеранів, які отримали стаціонарне лікування

Області України	Кількість ветеранів, які отримали стаціонарне лікування			
	2016	2017	2018	темп приросту %
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	
Вінницька	1506 (15,5)	760 (6,56)	780 (6,0)	-48,2
Волинська	1335 (19,41)	1747 (21,8)	1737 (19,8)	30,1
Дніпропетровська	3483 (39,03)	2401 (21,11)	2391 (13,9)	-31,3
Донецька	100 (6,88)	201 (10,85)	189 (7,4)	89
Житомирська	1550 (20,03)	2093 (23,82)	2211 (21,2)	42,6
Закарпатська	401 (16,1)	315 (19,85)	(0,0)	0,0
Запорізька	418 (8,57)	758 (11,73)	805 (11,1)	92,5
Івано - Франківська	758 (18,61)	1343 (25,76)	1439 (24,5)	89,8
Київська	1605 (16,21)	1803 (14,44)	1753 (12,4)	9,2
Кіровоградська	1759 (25,57)	2472 (31,03)	2940 (32,0)	67,1
Львівська	2016 (24,81)	2850 (25,47)	2837 (23,8)	-98,5
Миколаївська	593 (13,75)	660 (11,4)	1023 (15,9)	72,5
Одеська	299 (299)	502 (8,83)	158 (3,1)	-47,1
Полтавська	1590 (23,5)	1799 (23,05)	2335 (28,8)	46,8
Рівненська	1370 (29,01)	1272 (21,23)	1313 (20,3)	-4,1
Сумська	741 (11,54)	1087 (14,37)	1119 (13,)-	51,0
Тернопільська	410 (15,01)	635 (18,55)	659 (16,6)	60,7
Харківська	492 (8,3)	1498 (14,21)	1647 (14,2)	234,7
Херсонська	581 (14,55)	527 (10,61)	1018 (18,4)	75,2
Хмельницька	1103 (19,33)	1141 (17,74)	1266 (17,9)	14,7
Черкаська	1489 (25,25)	1990 (28,97)	2031 (26,7)	36,4
Чернівецька	1401 (45,03)	682 (22,55)	2036 (60,9)	45,3
Чернігівська	951 (16,37)	1086 (15,91)	1276 (17,3)	34,1
м. Київ	704 (22,54)	989 (23,81)	1164 (21,6)	65,3
УКРАЇНА	26655 (20,31)	30611 (18,49)	34127 (17,9)	28,0

Стаціонарне лікування ветеранів, інвалідів, УБД здійснювалося й в умовах госпіталів. Аналіз руху ветеранів, яких пролікували в госпіталях України,

засвідчив, що в цілому чисельність контингенту зросла (темپ приросту - 46,9 %), це засвідчується таким же односпрямованим збільшенням у всіх областях. Незначне скорочення прослідковувалося тільки в Тернопільській області (темپ приросту - 4,6%). Така динаміка кількості ветеранів, пролікованих в госпіталях, вказала на чітке налагодження медичної допомоги учасникам АТО [56, 102].

З періоду, відколи розпочалася АТО, поволі зростала планова евакуація поранених до Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (м. Київ) та Військово-медичного клінічного центру Південного (м. Одеса), Центрального (м. Вінниця) і Західного (м. Львів) регіонів. Кількість учасників АТО, що пройшли лікування в госпіталях, загалом по Україні зросла на 46,9% (табл.3.7).

Таблиця 3.7

Динаміка кількості ветеранів, пролікованих в госпіталях

Області України	Проліковано в госпіталях			
	2016	2017	2018	темп приросту, %
	абс, %	абс, %	абс, %	
1	2	3	4	5
Вінницька	785 (8,08)	116 (10,04)	1305 (10,1)	66,2
Волинська	116 (16,91)	143 (17,96)	151 (17,3)	30,6
Дніпропетровська	717 (8,04)	902 (7,93)	100 (5,8)	40,1
Донецька	362 (24,90)	532 (28,71)	397 (15,6)	9,6
Житомирська	655 (8,46)	1216 (13,84)	1291 (12,4)	97,0
Закарпатська	95 (3,82)	313 (19,72)	305 (8,2)	221
Запорізька	151 (3,10)	164 (2,54)	180 (2,5)	19,2
Івано-Франківська	35 (0,86)	383 (7,35)	379 (6,5)	982,8
Київська	1209 (12,21)	1426 (11,42)	1556 (11,0)	28,7
Кіровоградська	1113 (16,18)	1327 (16,66)	1578 (17,2)	41,7
Львівська	1240 (15,26)	1645 (14,70)	2055 (17,2)	65,7
Миколаївська	324 (7,51)	437 (7,55)	577 (9,0)	57,7
Одеська	0 (0,00)	61 (1,07)	59 (1,2)	59
Полтавська	1164 (17,21)	1203 (15,41)	1063 (19,3)	34,2
Рівненська	913 (19,34)	994 (16,59)	988 (15,3)	8,21
Сумська	629 (9,79)	1055 (13,95)	1027 (12,2)	63,2

1	2	3	4	5
Тернопільська	173 (6,33)	144 (4,21)	165 (4,1)	-4,6
Харківська	554 (9,04)	695 (59)	709 (6,1)	27,9
Херсонська	267 (6,69)	353 (7,10)	435 (7,9)	62,9
Хмельницька	552 (9,67)	722 (11,22)	780 (11,0)	41,3
Черкаська	1055 (17,89)	1275 (18,56)	1351 (17,8)	28,0
Чернівецька	440 (14,14)	743 (24,56)	770 (23,0)	75,0
Чернігівська	215 (3,70)	326 (4,78)	401 (5,4)	86,5
м.Київ	805 (25,78)	964 (23,21)	1084 (20,1)	34,6
Україна	14616(11,14)	19477(11,76)	21479(11,3)	46,9

Таке зростання чисельності контингенту можна пояснити тим, що додалися ветерани, звільнені з військової служби за станом здоров'я, та ті, які повернулись до виконання своїх службових обов'язків [7, 70]; ці дві категорії учасників АТО потребують спеціалізованої медичної допомоги.

3.2. Динаміка поширеності та первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки учасників АТО Полтавської області

Аналіз матеріалів дослідження засвідчив, що упродовж 2014 - 2015 років медична допомога військовослужбовцям і переселенцям надавалась тільки в стаціонарних умовах. Із 2016 року, як видно з таблиці 3.8, виникла необхідність у консультативній допомозі військовослужбовцям у амбулаторних умовах (в 2016 р. надано амбулаторну допомогу 473 (51,8%) особам, у 2017 р. – 570 (48,3%) особам, у 2018 р. – 745 (47,6%) особам). Надавалася реабілітаційна допомога членам сімей загиблих учасників АТО/ООС (у 2016 р. – 3 особам, у 2017 р. – 8 особам, у 2018 р. – 13 особам). Із кожним роком збільшувалася кількість пролікованих учасників АТО/ООС: із 47 у 2014 р. до 1529 осіб у 2018 р. Темп приросту за цей період становив 15,68%, що вказувало на зростання потреб у

Динаміка чисельності учасників АТО, переселенців і членів їхніх сімей, пролікованих у стаціонарних і амбулаторних умовах у Кременчуцькому обласному госпіталі для ветеранів війни, за 2014-2018 рр.

Роки	Усього уч.АТО	Стаціонарн о абс (%)	Амбулаторн о абс (%)	Члени сімей загиблих уч. АТО абс (%)	Переселенці абс (%)	Усього
2014	47	47 (78,4)	-		13 (21,6)	60
2015	250	250 (92,6)	-		20 (7,4)	270
2016	896	423 (46,3)	473 (51,8)	3 (0,4)	14 (1,5)	913
2017	1151	581 (49,2)	570 (48,3)	8 (0,8)	22 (1,7)	1181
2018	1529	784 (50,1)	745 (47,6)	13 (0,8)	23 (1,5)	1565
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+187,9	+143,35	+25,6	+114,6	+21,3	+162,5
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	+31,53	+15,68	+57,5	+3,33	+76,9	+25,08
Відношення шансів	33,428 (0,148- 44,690)	17,083 (0,150- 22,931)	1,595 (0,059- 1,790)	4,384 (0,641- 15,383)	1,806 (0,347- 3,565)	26,805 (0,132- 34,692)

медичній допомозі, а отже, зростання захворюваності та поширеності хвороб серед досліджуваного контингенту (рис. 3.1).

Як виявлено аналізом даних наукових джерел, розлади психіки та поведінки невротичного регістру займають чільне місце в структурі психічних розладів населення світу. Оцінити їх поширеність серед населення досить складно, оскільки велика частина осіб із цими розладами не звертаються по медичну допомогу. За даними В. Л. Підлубного, поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів серед працездатного населення складає 19,1% [83, 154].

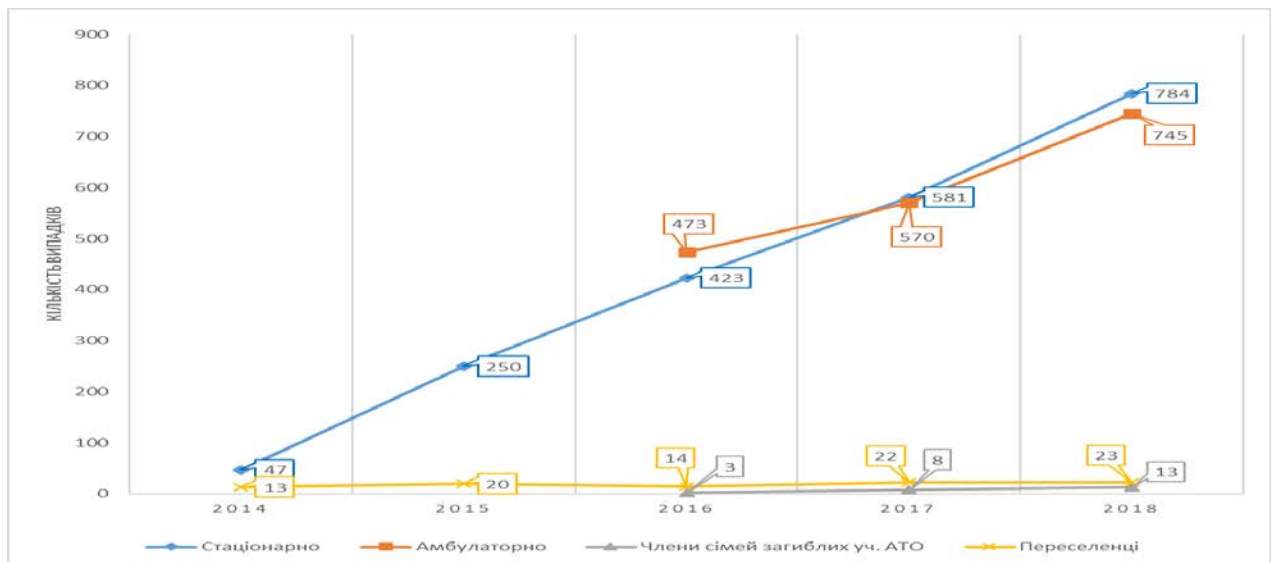


Рис. 3.1. Динаміка пролікованих учасників АТО, переселенців і членів їхніх сімей у Кременчуцькому обласному госпіталі для ветеранів війни за 2014-2018 рр.

В Україні показник охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями-психіатрами знизився на 10,7 %. Але, враховуючи те, що в ряді областей збільшилося число охоплення даного контингенту лікарями-ортопедами внаслідок ушкоджень опорно-рухового апарату, пов'язаних з виконанням службових завдань, можна очікувати, що збільшиться й число охоплених диспансерним наглядом УБД із розладами психіки та поведінки. Треба зазначити, що в Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській, Хмельницькій, Черкаській областях цей показник протягом трьох років зріс (табл. 3.9).

Наступним кроком нашого дослідження було вивчення нозологічної структури розладів психіки та поведінки учасників бойових дій, які лікувалися в Полтавському обласному клінічному госпіталі для ветеранів війни. За даними, наведеними в таблиці 3.10 і на рис. 3.2, можна зробити висновки, що перше місце в структурі займав посттравматичний стресовий розлад – 22 (27,5%) випадки.

**Показники охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом
лікарями-ортопедами і психіатрами**

Область	Ортопедів (на 100 УБД)				Психіатрів (на 100 УБД)			
	2016	2017	2018	темп	2016	2017	2018	темп
Вінницька	13,2	11,7	11,6	-12,1	2,3	1,7	1,7	-26,0
Волинська	4,4	4,2	4,2	-4,5	4,0	4,0	3,1	-22,5
Дніпропетровська	5,3	4,9	6,3	18,8	1,4	1,7	2,0	42,8
Донецька	5,5	7,3	6,4	16,3	2,0	1,8	1,2	-40
Житомирська	6,0	5,7	7,9	31,6	2,3	1,8	1,7	-26,0
Закарпатська	0,0	4,3	4,2	42	3,7	2,9	2,5	-32,4
Запорізька	5,3	5,5	4,9	-7,5	0,8	1,1	1,0	25
Івано-Франківська	9,4	6,3	7,1	-24,4	2,1	1,9	1,9	-9,5
Київська	8,1	7,2	7,6	-6,2	3,9	3,8	3,5	-10,2
Кіровоградська	26,9	28,4	32,7	21,5	4,3	3,9	4,1	-4,6
Львівська	12,5	16,2	12,8	2,4	5,1	3,3	3,7	-27,4
Миколаївська	2,1	2,5	3,0	42,8	3,0	3,8	2,7	-10
Одеська	6,4	6,0	6,2	-3,1	3,7	3,9	4,2	13,5
Полтавська	10,5	12,3	12,4	18,0	1,6	1,6	1,6	0
Рівненська	7,4	7,0	6,4	-13,5	3,9	3,0	2,7	-30,7
Сумська	28,4	27,0	22,2	-21,8	3,7	2,8	2,0	-45,9
Тернопільська	13,8	14,0	11,9	-13,7	3,9	4,7	3,7	-5,1
Харківська	10,1	10,2	9,0	-10,8	1,9	1,9	1,7	-10,5
Херсонська	6,0	6,2	6,0	0	1,7	2,2	1,4	-17,6
Хмельницька	9,3	9,7	9,0	-3,2	2,4	2,8	2,7	12,5
Черкаська	17,5	16,4	15,3	-12,6	2,4	2,5	2,6	8,3
Чернівецька	15,6	15,2	16,2	3,8	5,4	4,7	5,1	-5,5
Чернігівська	9,8	8,6	8,3	-15,3	1,5	1,3	1,0	-33,3
м. Київ	28,9	27,8	27,9	-3,5	2,0	2,0	3,2	60
УКРАЇНА	11,2	11,0	10,8	-3,6	2,8	2,6	2,5	-10,7

Таблиця 3.10

Частота виявлених розладів психіки та поведінки серед учасників бойових дій, за даними Полтавського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни (2018 рік)

Шифр за МКХ-10	Розлади психіки та поведінки	Частота абс(%)
F 06.3	Емоційні розлади [афективні], пов'язані з органічним ураженням головного мозку	3 (3,8)
F 06.4	Органічний тривожний розлад	5 (6,3)
F 06.6	Емоційні лабільні [астенічні] розлади органічного генезу	14 (17,5)
F 06.7	Помірні [когнітивні] порушення пізнавальної функції органічного генезу	13 (16,3)
F 43.1	Післятравматичний стресовий розлад	22 (27,5)
F 43.2	Порушення адаптації	15 (18,8)
F 43.0	Гостра реакція на стрес	7 (8,8)
Усього		80 (100)

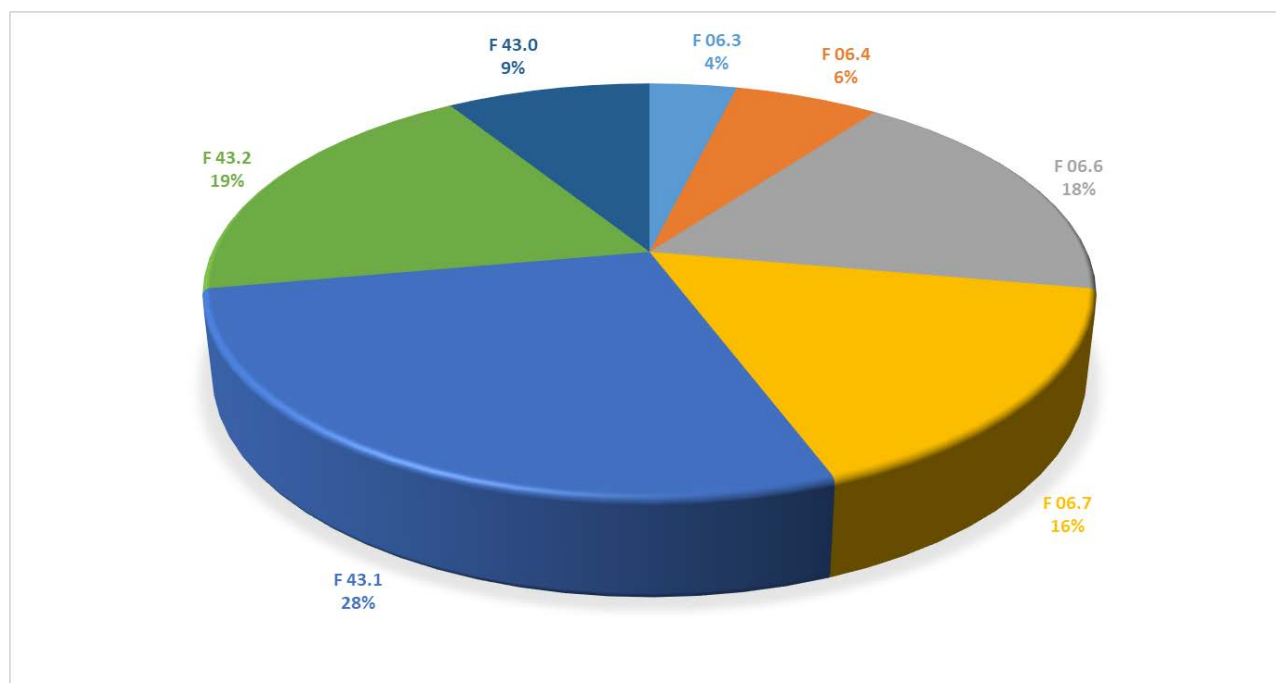


Рис. 3.2. Нозологічна структура розладів психіки та поведінки учасників бойових дій, за даними Полтавського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни (2018 рік)

Як видно з таблиці 3.11, найвищий відсоток пролікованих військовослужбовців був із діагнозами F40-48 – «Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади», відповідно у 2016 р. – 58,6%, 2017 р. – 59,3%, 2018 р. – 56,7% осіб.

Таблиця 3.11

**Захворюваність на розлади психіки та поведінки учасників АТО,
пролікованих у Кременчуцькому госпіталі в 2016-2018 роках**

Шифр МКХ-10	Діагноз	2016 рік абс. (%)	2017 рік абс. (%)	2018 рік абс. (%)	Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	Відношення шансів
F00-09	Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади	0	6(6,4)	6(2,5)	-	-
F10-19	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	7(8)	3(2,7)	7(2,9)	-	1,012 (0,535-2,884)
F20-29	Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади	1(1,2)	0	0	-	-
F30-39	Розлади настрою (афективні розлади)	19(21,8)	21(19,4)	38(16)	50	2,023 (0,281-3,508)
F40-48	Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади	51(58,6)	64(59,3)	135(56,7)	16,4	2,679 (0,164-3,697)
F50-59	Поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами	9(10,4)	10(9,2)	50(21)	45,5	5,621 (0,362-11,429)
F60-69	Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади	0	4(3)	2(0,9)	-	-
F70-79	Розумова відсталість	0	0	0	-	-
Усього		87	108	238	17,3	2,769 (0,125-3,548)

На другому місці – F30-39 «Розлади настрою (афективні розлади)», відповідно у 2016 р. – 21,8%, 2017 р. – 19,4%, 2018 р. – 16,0%. Афективні розлади (розлади настрою) – загальна назва групи психічних розладів, пов'язаних із порушеннями афекту. У класифікації DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) об'єднує кілька діагнозів, коли основною ознакою є порушення емоційного стану [85, 326]. Розлади настрою можуть загрожувати коморбідністю, зниженням когнітивних здібностей, емоційно-вольових розладів, а також критичних здібностей [128, 299].

На третьому місці – F50-59 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами», відповідно, в 2016 р. – 10,4%, 2017 р. – 9,2%, 2018 р. – 21,0%. Найнижчий відсоток був зафіксований із F60-69 «Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади», відповідно в 2016 р. – 0%, 2017 р. – 3,0%, 2018 р. – 0,9%, що було пов'язано з мобілізацією молодих і працездатних чоловіків.

Як видно з рис. 3.3, упродовж 2014-2018 років у більшості опитаних військовослужбовців був високий відсоток добре вираженого рівня адаптації. Але якщо порівняти, то видно, що в 2014 році він найнижчий (35,0 %), а найвищий у 2018 році – 58,0 %, що пов'язано з поступовим розвитком психологічної допомоги бійцям на всіх рівнях медичної допомоги. Незважаючи на те, що зберігається високий рівень порушення адаптації в учасників АТО/ООС, має місце його поступове зниження : у 2014 р. – 55,0 %, 2015 р. – 38,0 %, 2016 р. – 49,0 %, 2017 р. – 42,0 %, 2018 р. – 39,0 %.



Рис. 3.3. Рівні адаптації учасників АТО за Міссісіпською шкалою за 2014-2018 роки

3.3. Рівень охоплення диспансерним спостереженням учасників бойових дій у лікарів-ортопедів-травматологів і лікарів-психіатрів

За результатами аналізу матеріалів дослідження визначено динаміку охоплення диспансерним спостереженням учасників бойових дій у лікарів-ортопедів-травматологів (табл. 3.12). Загалом в Україні за період дослідження цей показник знизився на 3,6 %, оскільки зменшилась інтенсивність військових подій на Сході України. Водночас в деяких областях (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Полтавська й Чернівецька) цей показник зростає. Зростання рівня ортопедичної патології в учасників бойових дій закономірно буде призводити до виникнення психологічних травм, оскільки вражаюча сила сучасної високоенергетичної мінно-вибухової зброї, що використовується в бойових операціях, набагато зросла завдяки посиленню її контузійно-комоційного механізму. У радіусі дії вибухової хвилі виникає потужний силовий тиск, який викликає подразнення екстеро- й інтерорецепторів на поверхні тіла, унаслідок

**Показники охоплення учасників бойових дій (УБД) диспансерним
наглядом лікарями-ортопедами**

Область	Показники охоплення УБД диспансерним наглядом ортопедів (на 100 УБД)			
	2016	2017	2018	темп
1	2	3	4	5
Вінницька	13,2	11,7	11,6	-12,1
Волинська	4,4	4,2	4,2	-4,5
Дніпропетровська	5,3	4,9	6,3	18,8
Донецька	5,5	7,3	6,4	16,3
Житомирська	6,0	5,7	7,9	31,6
Закарпатська	0,0	4,3	4,2	42
Запорізька	5,3	5,5	4,9	-7,5
Івано-Франківська	9,4	6,3	7,1	-24,4
Київська	8,1	7,2	7,6	-6,2
Кіровоградська	26,9	28,4	32,7	21,5
Львівська	12,5	16,2	12,8	2,4
Миколаївська	2,1	2,5	3,0	42,8
Одеська	6,4	6,0	6,2	-3,1
Полтавська	10,5	12,3	12,4	18,0
Рівненська	7,4	7,0	6,4	-13,5
Сумська	28,4	27,0	22,2	-21,8
Тернопільська	13,8	14,0	11,9	-13,7
Харківська	10,1	10,2	9,0	-10,8
Херсонська	6,0	6,2	6,0	0
Хмельницька	9,3	9,7	9,0	-3,2
Черкаська	17,5	16,4	15,3	-12,6
Чернівецька	15,6	15,2	16,2	3,8
Чернігівська	9,8	8,6	8,3	-15,3
м. Київ	28,9	27,8	27,9	-3,5
УКРАЇНА	11,2	11,0	10,8	-3,6

чого виникають складні політравми на широкій поверхні тіла. Унаслідок дії вибуху виникають стійкі вогнища збуджень у центральній нервовій системі, які призводять до ураження головного мозку, наслідком чого стають ушкодження середнього і внутрішнього вуха, органів серцево-легеневої системи, черевної порожнини й кісткових тканин. Наслідки проявляються в вигляді комоеційно-контузійного синдрому з подальшим розвитком мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми (МВ ЗЧМТ) [25, 357].

При дослідженні динаміки змін показника охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями інших спеціальностей встановлено, що в Україні він зменшився на 14,48% (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Показники охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом
лікарів інших спеціальностей**

Область	Інших лікарів, крім лікарів-ортопедів-травматологів та лікарів-психіатрів (на 100 учасників бойових дій, що перебували під диспансерним наглядом)			
	2016	2017	2018	темп змін
1	2	3	4	5
Вінницька	9,4	9,5	10,1	7,45
Волинська	5,1	4,9	4,5	-11,76
Дніпропетровська	5,7	6,9	6,5	14,04
Донецька	7,9	7,8	7,9	0
Житомирська	5,3	4,1	4,2	-20,75
Закарпатська	48,2	15,6	14,0	-70,95
Запорізька	9,8	8,1	8,6	-12,24
Івано-Франківська	13,9	7,2	7,5	-46,04
Київська	8,6	8,2	9,3	8,14
Кіровоградська	71,7	69,7	66,0	-7,95
Львівська	10,1	8,5	7,7	-23,76
Миколаївська	4,0	4,0	6,0	50,0

1	2	3	4	5
Одеська	10,4	9,8	7,4	-28,85
Полтавська	16,0	14,7	15,0	-6,25
Рівненська	6,7	6,1	5,8	-13,43
Сумська	20,9	18,7	14,4	-32,54
Тернопільська	12,2	11,5	9,7	-20,49
Харківська	18,1	16,4	15,8	-12,71
Херсонська	5,1	13,2	6,7	31,37
Хмельницька	10,3	9,0	10,1	-1,94
Черкаська	16,6	15,6	15,2	-8,43
Чернівецька	12,8	11,0	11,3	-11,72
Чернігівська	9,7	8,6	8,6	-11,34
м. Київ	29,8	27,0	27,3	-8,39
УКРАЇНА	14,5	13,0	12,4	-14,48

В окремих областях (Вінницька, Дніпропетровська, Київська, Миколаївська, Херсонська) він зростає. Зростання кількості УБД, пролікованих ортопедами, психіатрами й лікарями інших спеціальностей, відзначалось у Дніпропетровській області. Напевне, це пов'язано з тим, що найвагоміший вклад у загальнодержавну справу стосовно медичного забезпечення АТО було зроблено Дніпропетровською обласною клінічною лікарнею імені І. І. Мечникова, де в 2014 р. надали медичну допомогу та пролікували більше 1300 військовослужбовців [80].

Отже, збільшення охоплення диспансерним наглядом учасників бойових дій ряду областей свідчить про необхідність зміни кадрової політики щодо медичного забезпечення населення, яке мало військовий досвід.

3.4. Динаміка інвалідності в Україні серед учасників війни та особливості її структури

Дослідженням динаміки інвалідності в Україні серед учасників війни встановлено, що, без урахування даних по м. Київ і Київській області, найвищим

рівень був у Харківській області, яка займала протягом 2016-2018 років відповідно 24, 23 в 23 місця в рейтинговій позиції; другу позицію посідала Чернігівська область – 21, 21 і 21 місця відповідно; третю позицію – Дніпропетровська область, яка на початку АТО займала 20 місце, а потім, за рахунок зменшення цього показника, зайняла 17 місце. Завершували першу п'ятірку за рівнями інвалідності Одеська й Полтавська області (табл. 3.14), змінюючись місцями, займаючи по черзі 18 - 19 позицію (рис. 3.3).

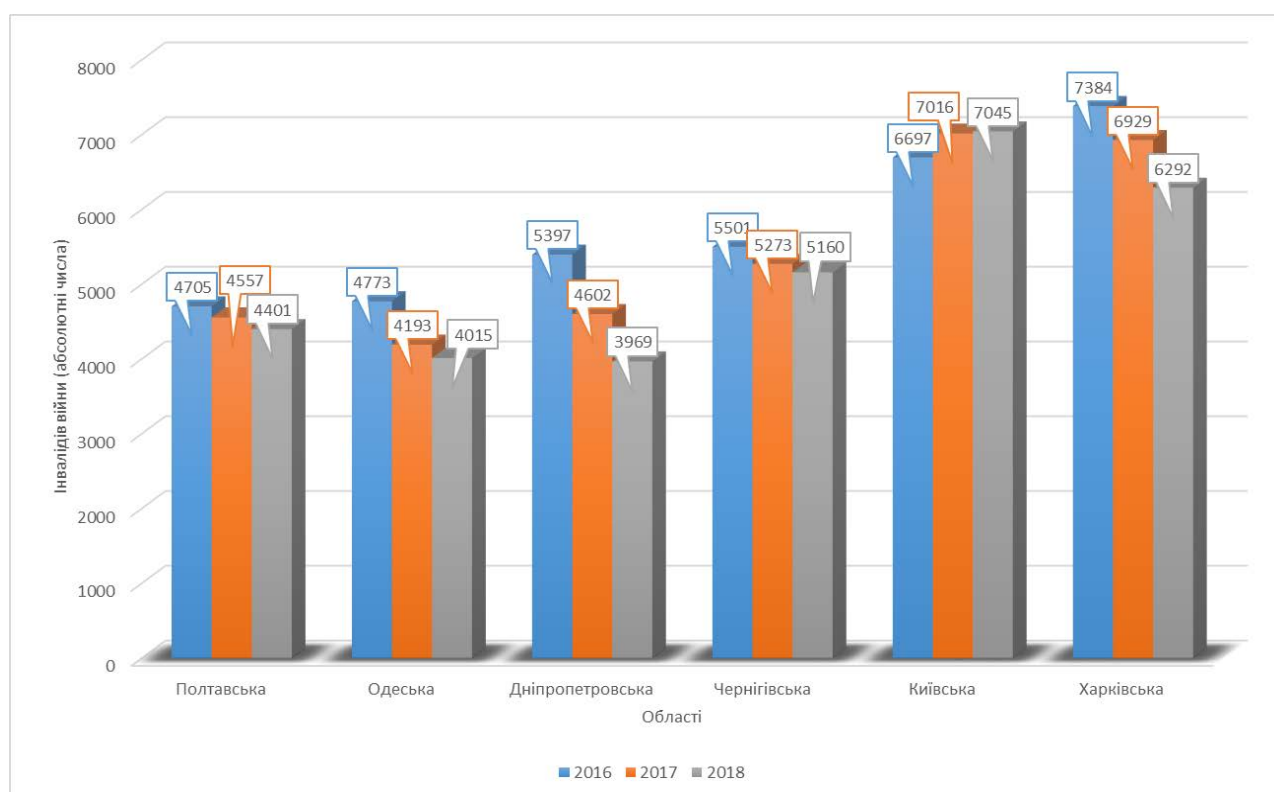


Рис. 3.3. Динаміка кількості інвалідів війни (абсолютні числа) в областях України із найвищим рівнем поширеності в 2016-2018 роках

**Динаміка кількості інвалідів війни в Україні протягом
2016-2018 років**

Найменування областей	Кількість інвалідів війни					
	2016 рік абс (на 10 тис.)	ранг. місце	2017 рік абс (на 10тис.)	ранг. місце	2018 рік абс (на 10тис.)	ранг. місце
1	2	3	4	5	6	7
Вінницька	3491 (21,6)	15	3275 (20,5)	15	3259,0 (20,6)	15
Волинська	2278 (21,8)	8	2232 (21,4)	8	2268 (21,8)	8
Дніпропетровська	5397 (16,5)	20	4602 (14,2)	20	3969 (12,2)	17
Донецька	2953 (6,92)	12	2526 (5,95)	10	2378 (5,66)	10
Житомирська	3421 (27,4)	13	3170 (25,5)	14	3042 (24,7)	13
Закарпатська	1149 (9,12)	1	1049 (8,33)	1	1016 (8,07)	1
Запорізька	2897 (16,5)	11	2676 (15,3)	12	2463 (14,2)	12
Івано-Франківська	1488 (10,7)	4	1643 (11,9)	6	1679 (12,1)	6
Київська	6697 (45,3)	22	7016 (40,4)	24	7045 (59,9)	24
Кіровоградська	2493 (25,6)	9	2386 (24,7)	9	2311 (24,1)	9
Львівська	3786 (14,9)	16	3781 (14,9)	16	3684 (14,5)	16
Миколаївська	1662 (14,3)	6	1450 (12,6)	4	1343 (11,7)	4
Одеська	4773 (19,9)	19	4193 (17,5)	18	4015 (16,8)	18

1	2	3	4	5	6	7
Полтавська	4705 (32,6)	18	4557 (31,0)	19	4401 (31,1)	20
Рівненська	1961 (16,8)	7	1920 (16,5)	7	1898 (16,3)	7
Сумська	2810 (25,2)	10	2579 (23,3)	11	2382 (21,7)	11
Тернопільська	1324 (12,4)	2	1306 (12,3)	3	1294 (12,2)	3
Харківська	7384 (27,1)	24	6929 (25,6)	23	6292 (23,3)	23
Херсонська	1543 (14,5)	5	1475 (13,9)	5	1348 (12,8)	5
Хмельницька	3424 (26,6)	14	3148 (24,4)	13	3071 (24,0)	14
Черкаська	4086 (33,0)	17	4137 (33,6)	17	4180 (34,2)	19
Чернівецька	1449 (15,9)	3	1183 (13,0)	2	1183 (13,0)	2
Чернігівська	5501 (52,9)	21	5273 (51,0)	21	5160 (50,5)	21
м.Київ	6745 (23,1)	23	6246 (21,3)	22	5759 (19,6)	22
УКРАЇНА	83 417 (19,5)		78 752 (18,4)		75 440 (17,7)	

Як показують дані, презентовані в таблиці 3.15, впродовж періоду, що досліджувався, прослідковується стійке скорочення кількості інвалідів війни, котрим надано першу групу інвалідності, як по Україні загалом – темп скорочення складає 22,9%, так і зокрема в областях.

У попередніх наших дослідженнях нами було проаналізовано структуру інвалідності в Полтавській області. З'ясовано, що питома вага інвалідів I групи впродовж останнього часу є найменшою - в середньому 1,1%. Сталий темп зменшення, що прослідковується впродовж усього періоду, вказує на покращення політичної ситуації на Сході України на кінець 2018 року [76, 290, 324].

**Динаміка кількості інвалідів війни, яким установлена I група інвалідності
протягом 2016-2018 років**

Область	I група (на 100 інвалідів війни)			Темп змін, %
	2016	2017	2018	
Вінницька	42,9	35,5	31,7	- 26,1
Волинська	21,7	16,9	14,4	- 0,33
Дніпропетровська	19,0	17,4	15,4	- 18,9
Донецька	28,4	26,5	22,4	- 21,1
Житомирська	35,5	32,4	30,1	- 15,2
Закарпатська	13,6	11,5	9,9	- 27,2
Запорізька	29,0	26,9	23,5	- 18,9
Івано-Франківська	11,2	9,3	8,2	- 26,7
Київська	16,5	14,1	13,2	- 20
Кіровоградська	9,3	8,1	6,8	- 26,8
Львівська	11,7	9,3	9,7	- 17,0
Миколаївська	27,1	24,9	22,0	- 18,8
Одеська	29,2	26,8	24,0	- 17,8
Полтавська	21,8	18,8	16,1	- 26,1
Рівненська	9,7	8,3	7,5	- 22,6
Сумська	20,7	18,0	16,1	- 22,2
Тернопільська	25,1	20,6	17,6	- 29,8
Харківська	11,2	9,5	8,7	- 22,3
Херсонська	18,0	16,0	13,0	- 27,7
Хмельницька	24,7	23,5	19,5	- 21,0
Черкаська	17,9	14,1	12,5	- 30,1
Чернівецька	20,1	17,0	14,8	- 26,3
Чернігівська	29,1	23,8	21,8	- 25,0
м. Київ	23,7	20,0	19,5	- 17,7
УКРАЇНА	21,8	18,7	16,8	- 22,9

Розгляд даних щодо інвалідів другої групи інвалідності продемонстрував, що в зазначеній групі прослідковувалося помірне зменшення показника – темп зменшення по Україні становив 0,87 %. Таке зменшення виникало за рахунок

Вінницької, Донецької, Запорізької, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Львівської, Миколаївської, Рівненської, Сумської, Харківської, Хмельницької, Чернівецької областей, тоді як в інших областях можна помітити зростання відносної чисельності інвалідів війни, яким установлена II група інвалідності протягом 2016-2018 років (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Динаміка кількості інвалідів війни, яким установлена II група інвалідності протягом 2016-2018 років

Область	II група (на 100 інвалідів війни)			Темп змін, %
	2016	2017	2018	
Вінницька	32,3	33,1	31,9	- 1,23
Волинська	37,1	37,3	37,2	0,26
Дніпропетровська	37,9	38,5	39,4	3,95
Донецька	39,7	37,6	37,3	- 6,04
Житомирська	31,8	36,0	37,2	16,9
Закарпатська	23,8	34,9	31,1	30,6
Запорізька	45,0	43,9	43,8	- 2,66
Івано-Франківська	40,9	38,4	35,7	- 12,7
Київська	69,9	70,5	68,5	- 2,0
Кіровоградська	45,2	43,1	40,7	- 9,95
Львівська	42,4	34,1	35,4	- 16,1
Миколаївська	43,1	40,7	38,3	- 11,1
Одеська	53,4	55,9	55,5	3,93
Полтавська	57,4	61,5	63,8	11,1
Рівненська	44,6	43,1	41,4	- 7,17
Сумська	40,5	38,4	35,7	- 11,8
Тернопільська	35,4	36,1	35,7	0,84
Харківська	49,5	49,6	48,8	- 1,41
Херсонська	40,1	42,4	42,0	4,73
Хмельницька	35,6	33,4	33,1	- 7,02
Черкаська	42,9	43,9	45,0	4,89
Чернівецька	48,2	43,9	34,3	- 28,8
Чернігівська	32,5	33,5	32,7	0,61
м.Київ	58,8	59,6	57,6	- 2,04
УКРАЇНА	45,6	45,9	45,2	- 0,87

Помітним стало постійне зростання кількості інвалідів війни, котрим надано третю групу інвалідності (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Динаміка кількості інвалідів війни, яким установлена III група інвалідності протягом 2016-2018 років

Область	III група (на 100 інвалідів війни)			Темп змін, %
	2016	2017	2018	
Вінницька	24,8	31,4	36,4	46,7
Волинська	41,3	45,8	48,4	17,1
Дніпропетровська	43,1	44,1	45,2	4,87
Донецька	31,9	35,9	40,3	26,3
Житомирська	32,7	31,6	32,7	0
Закарпатська	62,7	53,6	59	- 5,90
Запорізька	26,0	29,3	32,6	25,3
Івано-Франківська	47,9	52,3	56,2	17,3
Київська	13,6	15,4	18,3	34,5
Кіровоградська	45,4	48,8	52,5	15,6
Львівська	45,9	56,6	54,9	19,6
Миколаївська	29,8	34,4	39,6	32,8
Одеська	17,4	17,3	20,5	17,8
Полтавська	20,8	19,7	20,1	- 3,36
Рівненська	45,7	48,6	51,1	11,8
Сумська	38,7	43,5	48,2	24,5
Тернопільська	39,5	43,3	46,7	18,2
Харківська	39,3	40,9	42,5	1,43
Херсонська	41,9	41,6	45,0	7,39
Хмельницька	39,7	43,0	47,4	19,3
Черкаська	39,2	42,0	42,4	8,16
Чернівецька	31,7	39,2	50,9	60,5
Чернігівська	38,4	42,7	45,4	18,2
м. Київ	17,5	20,4	22,9	30,8
УКРАЇНА	32,6	35,4	38,0	16,5

Загалом в Україні темп приросту відносної кількості інвалідів війни, яким установлена III група інвалідності протягом 2016-2018 років, збільшився на 16,5

%. Односпрямоване збільшення цього показника прослідковується в усіх областях України, крім Закарпатської, де загальний рівень показника збільшення за 2016-2018 рр. сягнув 5,90%.

Таке зростання кількості інвалідів третьої групи вимагає складання індивідуальних програм реабілітації, які б, крім фізичної й медичної, включали й професійну, й трудову реабілітацію. Професійна реабілітація вирішує питання здобуття або пошуку замінної професії відповідно до стану здоров'я. Трудова реабілітація передбачає усунення або зменшення обмежень у трудовій діяльності, соціальну адаптацію [140].

3.5. Аналіз інвалідності учасників антитерористичної операції (АТО) в Полтавській області

Учасники АТО прирівняні до учасників бойових дій, якими до 2015 року, в основному, вважалися військовослужбовці Радянської Армії, хто брав участь у бойових діях на території інших держав (Афганістан, Іран та інші) [204, 218].

Зважаючи на ці обставини, виникли нові підходи та характерні ознаки щодо здійснення медико-соціальної експертизи та збору статистичних даних про інвалідність та реабілітацію цієї групи громадян. Насамперед було ухвалене рішення доручити огляд учасників АТО лише обласним комісіям з метою більш чіткого контролю за статистичними даними про УБД.

Наприкінці 2014 року співробітники ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» за дорученням відділу медико-соціальної експертизи МОЗ України розробили форму статистичної звітності оглянутих на МСЕК учасників АТО: статистична інформація «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації учасників АТО за 2018 рік» [142].

Кожного місяця кожна область України надає відомості стосовно оглянутих на МСЕК учасників АТО, що узагальнюються й направляються до Міністерства охорони здоров'я. Одержані цифрові відомості дозволяють

володіти інформацією щодо ступеня первинної інвалідності серед учасників АТО та складати план необхідних заходів із медичної, професійної та соціальної реабілітації серед названої категорії. Такий своєчасний збір статистичних даних дозволяє здійснювати чіткий контроль стану й динаміки інвалідності як у межах всієї держави, так і на певних її територіях.

Напружена ситуація на східних кордонах нашої держави спричиняла впродовж дії АТО, до повномасштабного вторгнення росії на територію України, зростання випадків бойових травм, збільшення психологічних порушень і соціальної дезадаптації, яким властиві пролонговані характерні ознаки та які вимагають комплексної реабілітації інвалідів, особливо учасників АТО, їх своєчасного, якісного протезування та формування відповідних характеристик для інтеграції в соціум [66, 77].

Через це для того, аби встановити потребу в реабілітації, було розглянуто характерні ознаки розподілу первинно визнаних інвалідами учасників АТО за період 2016-2018 років на прикладі Полтавської області.

Згідно з внутрішнім наказом КП «Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи Полтавської обласної ради», проводити огляд хворих, а також осіб з інвалідністю учасників АТО в Полтавській області делеговано обласній МСЕК.

У Полтавській області забезпечено всі умови для того, щоб оформляти документи та для огляду на МСЕК названої категорії без бюрократичних перешкод відповідно до направлення (форма 088/о) лікувально-профілактичної установи та на підставі переліку документів, названих у пунктах 12, 13 «Питань медико-соціальної експертизи», що затверджені нормативним документом [155] та відповідно до наказу МОЗ України щодо затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності [176].

Аналіз статистичних даних первинної інвалідності в Україні протягом 2014-2018 років показав, що медико-соціальними експертними комісіями первинно було оглянуто 21 596 учасників АТО, зокрема, в Полтавській області –

746 осіб [76]. З них в Україні більше половини (57,6%, 12 443 особи) визнано особами з інвалідністю, відповідно в Полтавській області – 551 особа (73,8%).

З-поміж вперше визнаних осіб з інвалідністю - учасників АТО в Полтавській області за 2016-2018 роки найбільш часто встановлювали III групу (55,4%, 305 осіб) інвалідності, II групу встановлювали в 43,6 % випадків (240 осіб), I групу встановлено 5 особам - 1,0% випадків.

Упродовж 2016 року обласною медико-соціальною експертною комісією Полтавської області було первинно визнано інвалідами 183 особи, у 2017 році – 158 осіб, що на 25 осіб менше, а в 2018 році ця кількість зросла на фоні загальної тенденції до зростання первинної інвалідності в країні та складала 210 осіб, досягнувши свого найвищого рівня за всі роки проведення АТО (табл. 3.18). Динаміка первинно визнаних інвалідами серед учасників АТО в Полтавській області за 2016-2018 роки зображена на рисунку 3.2.

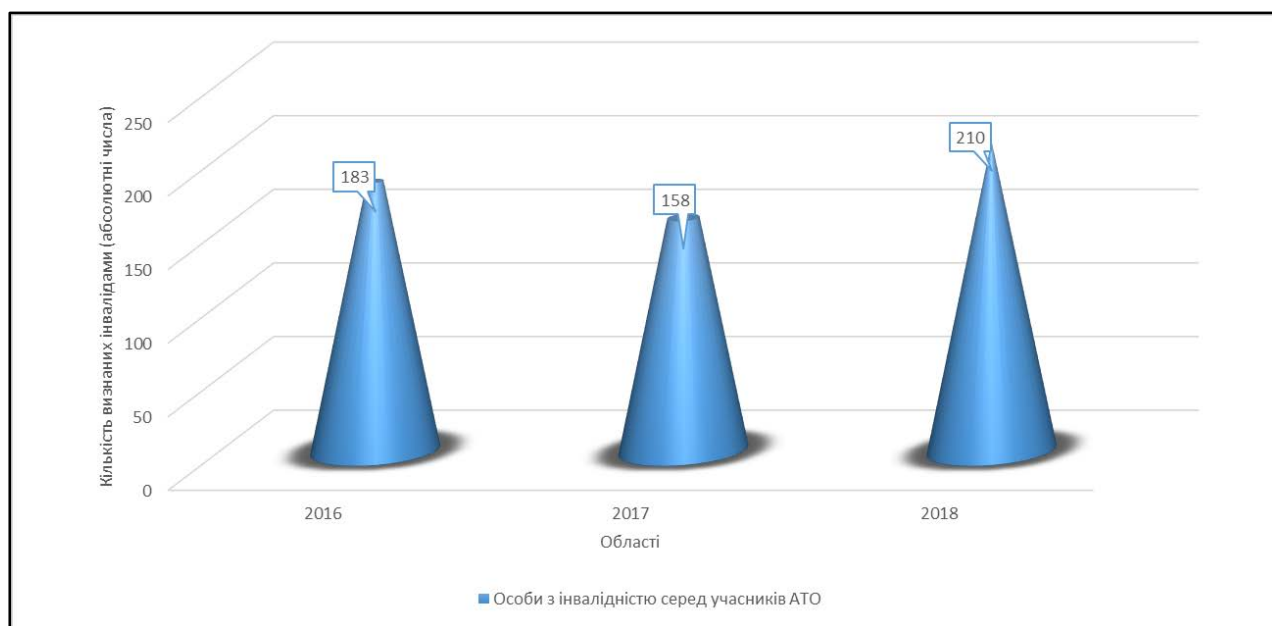


Рис. 3.4. Чисельність первинно визнаних інвалідами учасників АТО в Полтавській області за 2016-2018 рр.

**Динаміка чисельності первинно визнаних інвалідами учасників АТО
в Полтавській області за 2016-2018 рр.**

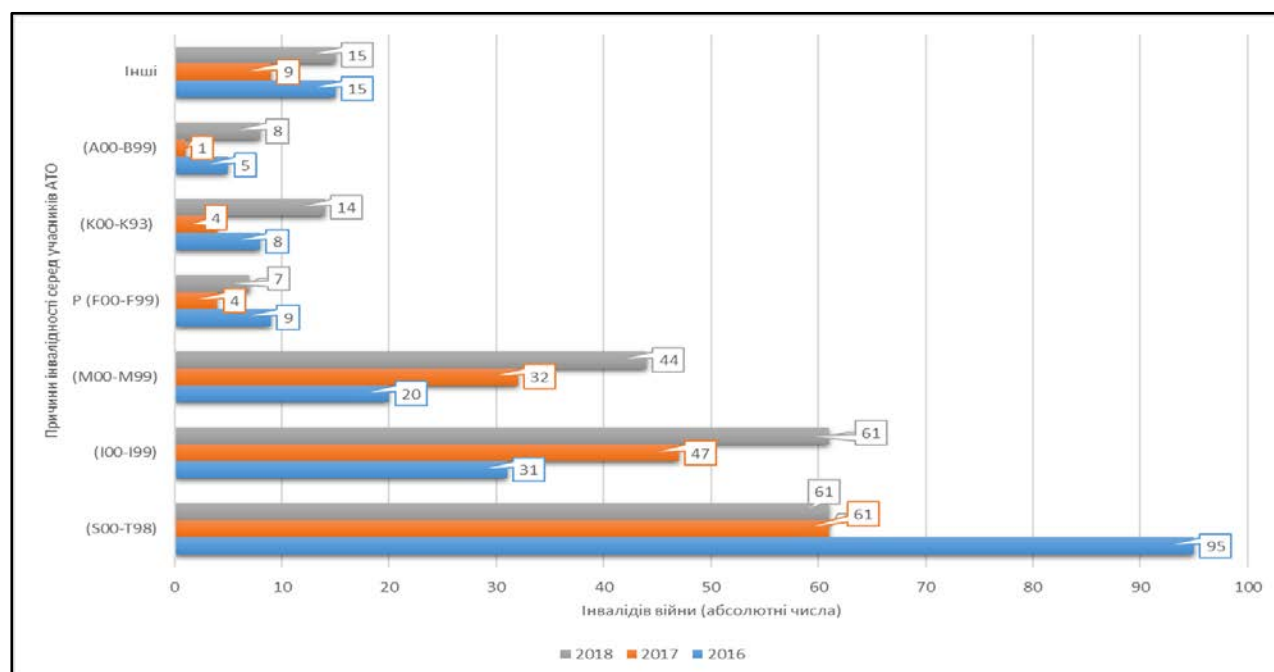
Роки	Кількість осіб (абс.)	Абсолютний приріст	Темп росту (%)	Темп приросту (%)
2016	183	-	-	-
2017	158	-25	- 86,3	-13,6
2018	210	52	132,9	32,9

За причинами інвалідності, розподіл випадків інвалідності учасників АТО виглядав наступним чином (рис. 3.5): травми, отруєння й інші наслідки бойових дій (S00-T98), хвороби системи кровообігу (I00-I99), хвороби кістково-м'язової системи (M00-M99), розлади психіки та поведінки (F00-F99), хвороби органів травлення (K00-K93), інфекційні хвороби, у тому числі туберкульоз (A00-B99) та інші (табл. 3.19).

Аналізуючи отримані дані, представлені в таблиці 3.19, виявлено, що на першому місці серед причин інвалідності в учасників АТО щороку були травми різної локалізації (голови й тулуба, верхніх і нижніх кінцівок), але помітна тенденція до поступового щорічного зменшення питомої ваги травм: із 51,9 % 2016 року до 29% у 2018 році. Кожного року, натомість, помітне збільшення соматичної патології в цієї категорії: вперше виявлених хвороб системи кровообігу (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця (ІШМ) та інші), хвороб кістково-м'язової системи (деформуючий остеоартроз, остеохондроз), органів травлення. Це свідчило опосередковано про зниження інтенсивності бойових дій. Натомість через вимушене положення тіла і стрес у бійців виникає соматична патологія, яка впливає на психічний стан.

**Структура причин інвалідності осіб з інвалідністю серед учасників
АТО у 2016-2018 роках**

Роки	Причини інвалідності серед учасників АТО						
	Травми, отруєння та інші наслідки дій (S00-T98)	Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	Хвороби кістково- м'язової системи	Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	Хвороби органів травлення (K00-K93)	Інфекційні хвороби (A00- B99)	Інші
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)
2016	95 (51,9)	31 (16,9)	20 (10,9)	9 (4,9)	8 (4,3)	5 (2,8)	15 (8,3)
2017	61 (38,7)	47 (29,7)	32 (20,3)	4 (2,5)	4 (2,5)	1 (0,6)	9 (5,7)
2018	61 (29,0)	61 (29)	44 (20,9)	7 (3,4)	14 (6,7)	8 (3,8)	15 (7,2)



**Рис. 3.5. Структура інвалідності за причинами серед учасників АТО в
Полтавській області у 2016-2018 роках**

Аналіз даних таблиці 3.20 засвідчив, що в структурі первинної інвалідності абсолютна кількість уперше виявлених випадків хвороб системи кровообігу серед учасників АТО у 2018 році (61 особа) збільшилася на 94,7% проти 2016 року (31 особа), що свідчить про перевагу віддалених проявів бойових дій на Сході України, а не безпосередньо наслідків бойових травм (відсоток зменшення склав 35,6%), які переважали у 2016 році, на початку АТО. Така ж тенденція помітна щодо хвороб кістково-м'язової системи: в 2016 році – 20 випадків, а в 2018 році – 44 випадки, загалом більш ніж на 100,0% виріс показник інвалідності. Аналогічна картина мала місце із випадками на захворюваність хворобами органів травлення – приріст склав 70,0%. Ситуація з виявленими розладами поведінки, навпаки, характеризувалася зменшенням питомої ваги: з 5,0% в 2016 році, до 3,0% у 2018 році, загалом – на 33,3%.

Таблиця 3.20

Показники первинної інвалідності серед учасників АТО за класами й нозологічними формами в 2016 і 2018 роках

Нозологічні форми	Рівень первинної інвалідності		
	2016	2018	Темп змін (%)
	абс (‰)	абс (‰)	
Травми, отруєння та інші наслідки дій (S00-T98)	95 (1,15)	61 (0,74)	-35,6
Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	31 (0,38)	61 (0,743)	+94,7
Хвороби кістково-м'язової системи (M00-M99)	20 (0,24)	44 (0,54)	+125,0
Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	9 (0,12)	7 (0,08)	-33,3
Хвороби органів травлення (K00-K93)	8 (0,1)	14 (0,17)	+70,0
Інфекційні хвороби (A00-B99)	5 (0,06)	8 (0,1)	+66,6
Інші	15 (0,2)	15 (0,2)	-

Таким чином, наявність серед осіб з інвалідністю-учасників АТО понад половини (55,4%) інвалідів III групи визначає значний реабілітаційний потенціал та позитивний прогноз стосовно реабілітації.

Відповідно до одержаних статистичних відомостей, послідовне збільшення кількості осіб з інвалідністю можливо пояснити бойовими діями, що тривають на східних кордонах, новими хвилями мобілізації та віддаленими наслідками бойових травм, що вимагають якнайшвидшого початку реабілітаційних заходів на всіх рівнях медичної допомоги.

Істотні зміни в структурі інвалідності серед учасників АТО – результат участі у військових подіях та впливу стресу. На початку АТО - це отримання бойових травм, що поволі спричиняють розвиток психологічних і соматичних порушень, яким, як правило, притаманні довгострокові пролонговані особливості та які потребують здійснення різнопланових реабілітаційних заходів.

Зважаючи на збільшення кількості первинно визнаних особами з інвалідністю учасників АТО, головними векторами на нинішній фазі реформування сфери охорони здоров'я України повинні стати комплексна реабілітація як на рівні первинної медичної допомоги лікарями загальної-практики-сімейними лікарями, так і лікарями-спеціалістами для соціальної адаптації цієї категорії громадян.

3.6. Аналіз захворюваності та поширеності окремих розладів психіки та поведінки серед жителів Полтавської області в період збройного конфлікту

Будь-який соціальний конфлікт, у тому числі військовий, впливає на стан взаємостосунків у суспільстві. У першу чергу це стосується соціальних груп і людей, які безпосередньо на собі відчули його наслідки. До них належать внутрішньопереміщені особи (ВПО), сім'ї, які зазнали втрат унаслідок

російської агресії та проведення антитерористичної операції, громадяни, що живуть на територіях, до яких прибула значна кількість ВПО, тощо [6].

Тому ми досліджували розлади настрою (афективні розлади). У м. Полтава темп приросту захворюваності на цю нозологію знизився порівняно з 2013 роком на 29,0 %, в області – на 51,8 %. Найвищим цей показник був у 2016 році в Полтаві – 37 випадків, або 1,2 % порівняно з 2013 роком (ВШ 0,678 [95% ДІ (0,345-1,333)]). Очевидно, що в 2017 році населення адаптувалося до ситуації, яка виникла в країні, і збільшення кількості нових випадків із 2016 року не реєстрували. У той же час поширеність розладів настрою зростала за рахунок уже виявлених раніше (табл. 3.21; рис. 3.6).

Таблиця 3.21

**Захворюваність на розлади настрою (афективні розлади) (F3-39)
жителів м. Полтава та Полтавської області**

Роки	Число випадків абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	21 (0,7)	168 (1,1)
2014	19(0,6)	174(1,2)
2015	23(0,8)	94(0,6)
2016	37(1,2)	145(1,0)
2017	14(0,5)	81(0,5)
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+2,58	-8,05
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	-33,3	-51
Відношення шансів 2013-2017 рр.	0,678 (0,345-1,333)	0,497 (0,135-0,648)

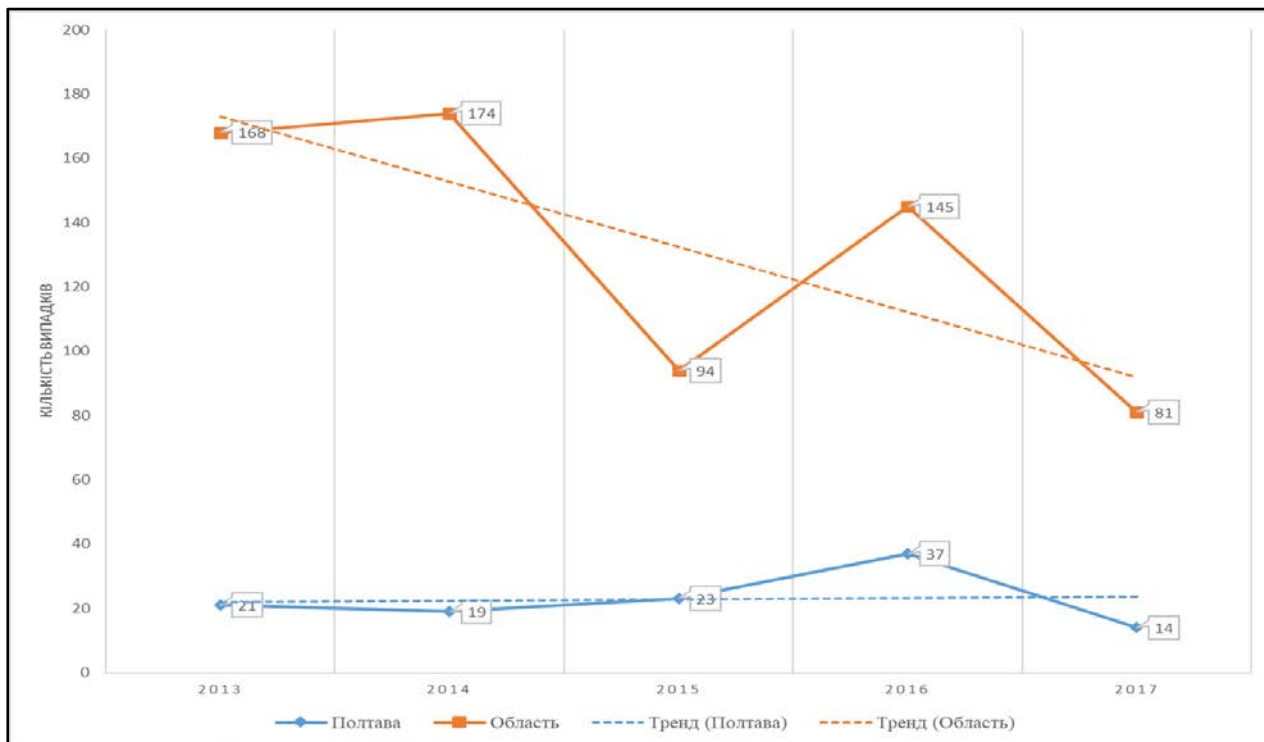


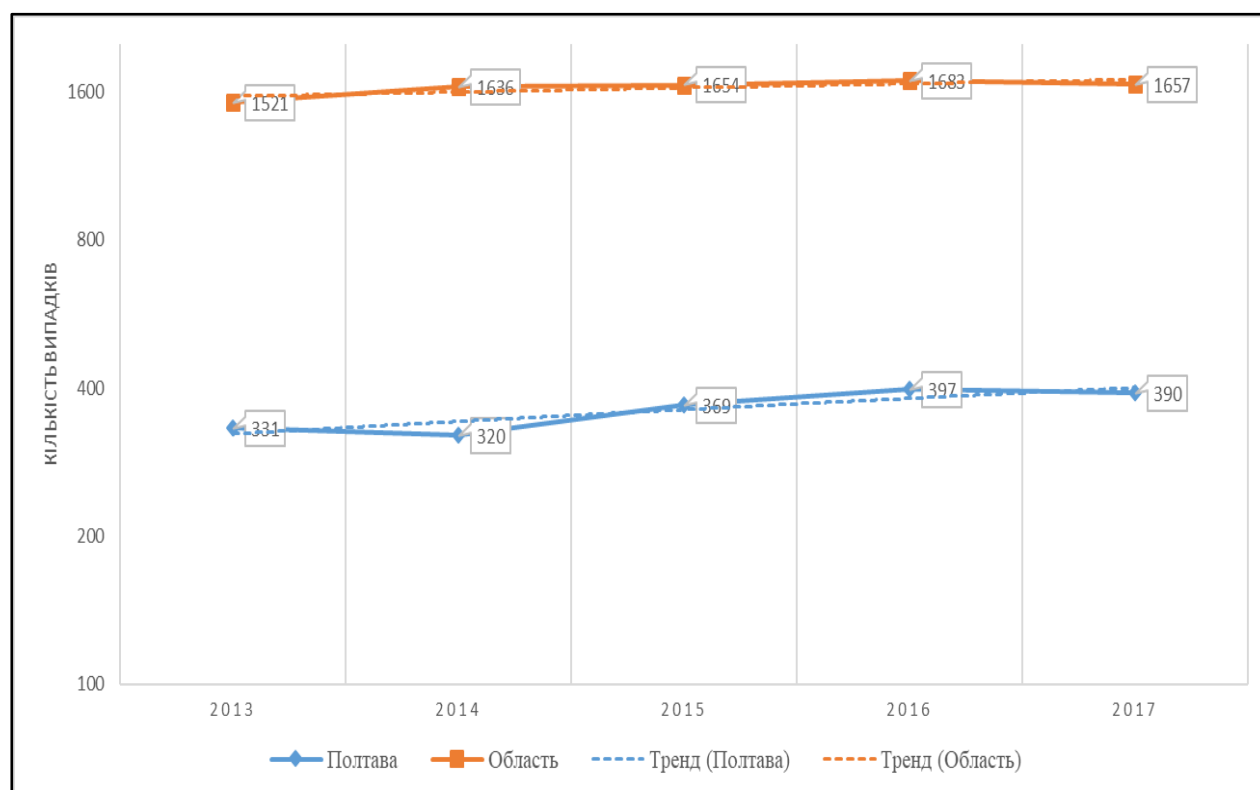
Рис. 3.6. Динаміка захворюваності на розлади настрою серед населення м. Полтава та Полтавської області за 2013-2017 роки

Поширеність розладів настрою (афективні розлади) серед населення м. Полтава була найвищою в 2016 році (ВШ 1,198 [95% ДІ (0,075-1,387)]), а в області – ВШ 1,108 [95% ДІ (0,036-1,188)] порівняно з 2013 роком. За 2013-2017 роки поширеність на цю нозологію зросла на 17,8 % у м. Полтава й на 8,9 % - у області (табл. 3.22, рис. 3.7).

Афективні розлади небезпечні ще й тому, що найзагрозливішим наслідком депресії стає суїцидальна активність уражених нею хворих. Особи, які страждають на депресію, здійснюють суїциди в 30 разів частіше, ніж люди без цієї патології, що дає змогу вважати депресивні розлади психопатологією з найвищим рівнем суїцидального ризику [11, 257, 305, 380, 381, 385].

**Поширеність розладів настрою (афективні розлади) (F3-39) серед
жителів м. Полтава й Полтавської області**

Роки	Поширеність розладів настрою (афективні розлади), абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	331(11,4)	1521(10,4)
2014	320(11,0)	1636(11,2)
2015	369(12,7)	1654(11,4)
2016	397(13,8)	1683(11,7)
2017	390(13,5)	1657(11,7)
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+4,45	+2,25
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	+17,8	+8,9
Відношення шансів	1,198(0,075-1,387)	1,108(0,036-1,188)



**Рис. 3.7. Динаміка поширеності розладів настрою серед населення Полтави
й Полтавської області за 2013-2017 роки**

Наступним кроком нашого дослідження було вивчення захворюваності на невротичні й соматичні розлади. Частота психосоматичних розладів серед населення становить 15–50 %, а в загальномедичній практиці частка таких хворих досягає, за даними різних авторів, від 30,0 до 57 % [8, 33, 85, 303, 317]. Соматичні за основними проявами, класичні психосоматичні хвороби на всіх етапах свого перебігу тісно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів, особливо в емоційній сфері [91]. Серед населення м. Полтава захворюваність на цю нозологію за період 2013-2017 років знизилась на 7,8%, а в області – на 35,4% (табл. 3.23; рис. 3.8).

Таблиця 3.23

**Захворюваність на невротичні й соматичні розлади серед жителів
м. Полтава й Полтавської області в 2013-2017 роках**

Роки	Число випадків, абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	76(2,6)	748(5,1)
2014	73(2,5)	684(4,7)
2015	69(2,4)	695(4,8)
2016	63(2,2)	699(4,9)
2017	70(2,5)	483(3,4)
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	-1,75	-9,33
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	-7,8	-35,4
Відношення шансів	0,936 (0,166-1,296)	0,656 (0,058-0,736)

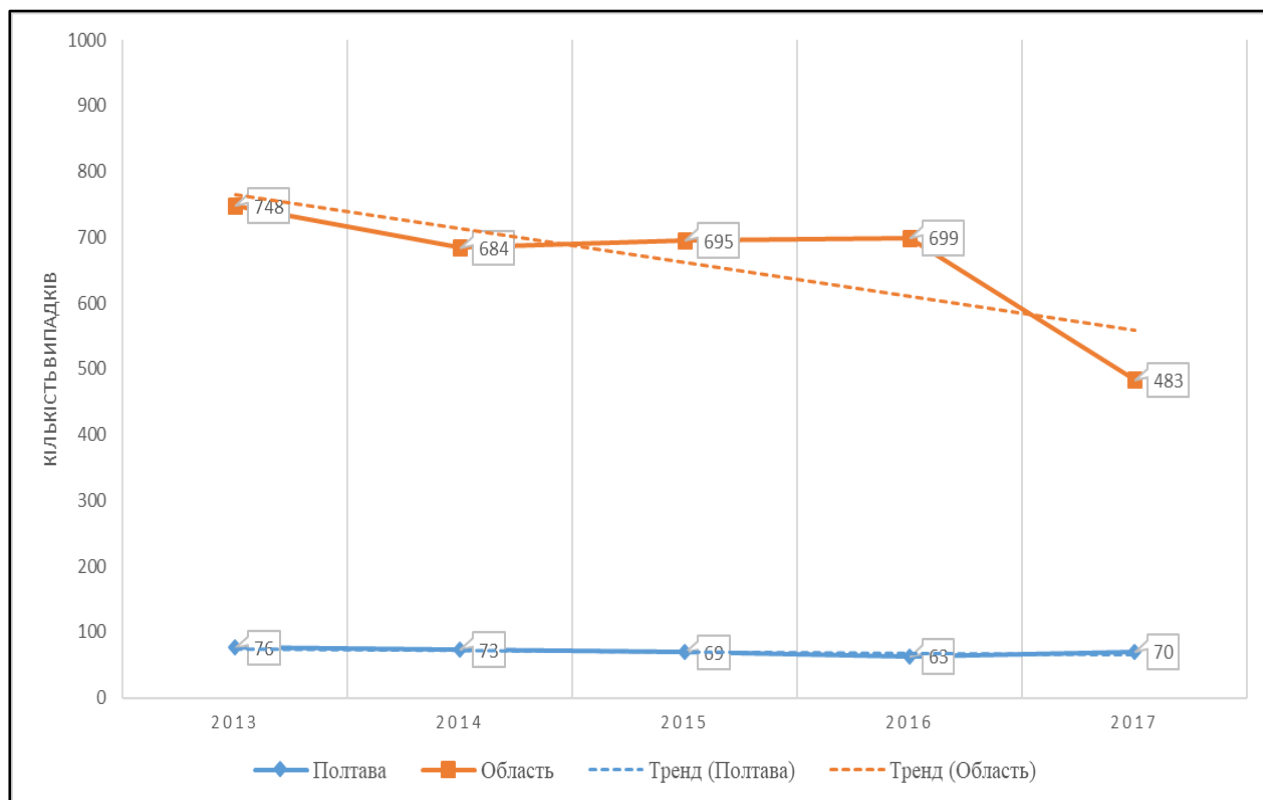


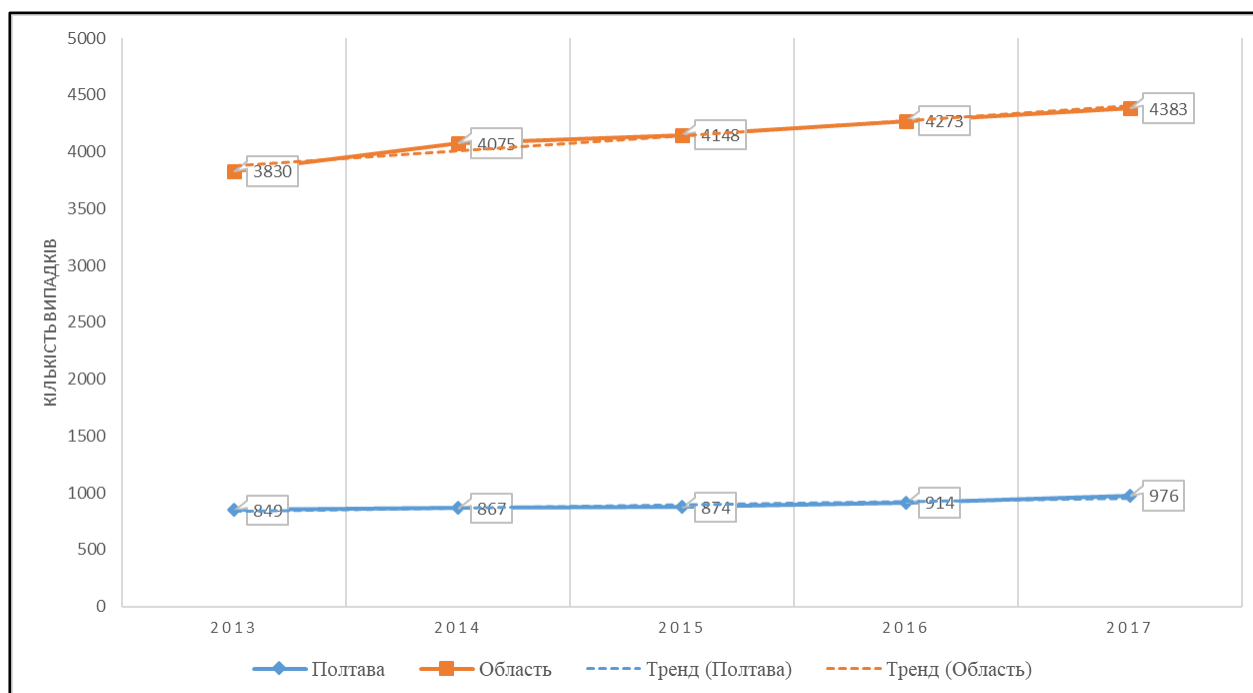
Рис. 3.8. Динаміка захворюваності на невротичні й соматичні розлади серед населення м. Полтава й Полтавської області за 2013-2017 роки

Поширеність невротичних і соматичних розладів, навпаки, зростала: на 14,9% - у м. Полтава й на 14,4% - в області. При визначенні відношення шансів установили вірогідне зростання поширеності на цю нозологію: у 1,149 разів порівняно з 2013 роком (ВШ 1,149 [95% ДІ (1,048-1,260)]) у м. Полтава та в 1,14 рази (ВШ 1,166 [95% ДІ (0,022-1,218)]) - у Полтавській області (табл. 3.24; рис. 3.9).

Захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації зросла на 64,2 % серед населення м. Полтава й на 68,4 % - Полтавської області. В області цей показник достовірно збільшився в 2017 році (ВШ 2,527 [95% ДІ (1,48-3,378)]) порівняно з 2013 роком (табл. 3.25; рис. 3.10).

**Поширеність невротичних і соматичних розладів (F40-48) серед
жителів м. Полтава й Полтавської області**

Роки	Число випадків, абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	849(29,2)	3830(26,2)
2014	867(30)	4075(28)
2015	874(30,3)	4148(28,7)
2016	914(31,8)	4273(29,8)
2017	976(34,5)	4383(31,1)
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+3,58	+3,45
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	+14,9	+14,4
Відношення шансів	1,149 (1,048-1,260)	1,166 (0,022-1,218)



**Рис. 3.9. Динаміка поширеності невротичних і соматичних розладів
серед населення Полтави й Полтавської області за 2013-2017 роки**

**Захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації (F43.0) серед
жителів м. Полтава й Полтавської області**

Роки	Число випадків, абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	7(0,2)	64(0,4)
2014	5(0,1)	92(0,6)
2015	10(0,3)	127(0,9)
2016	13(0,4)	147(1)
2017	12(0,4)	159(1)
2018	15(0,5)	
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+23,7	+26,4
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	+64,2	+68,4
Відношення шансів	2,197 (0,458-5,389)	2,527 (1,48-3,378)

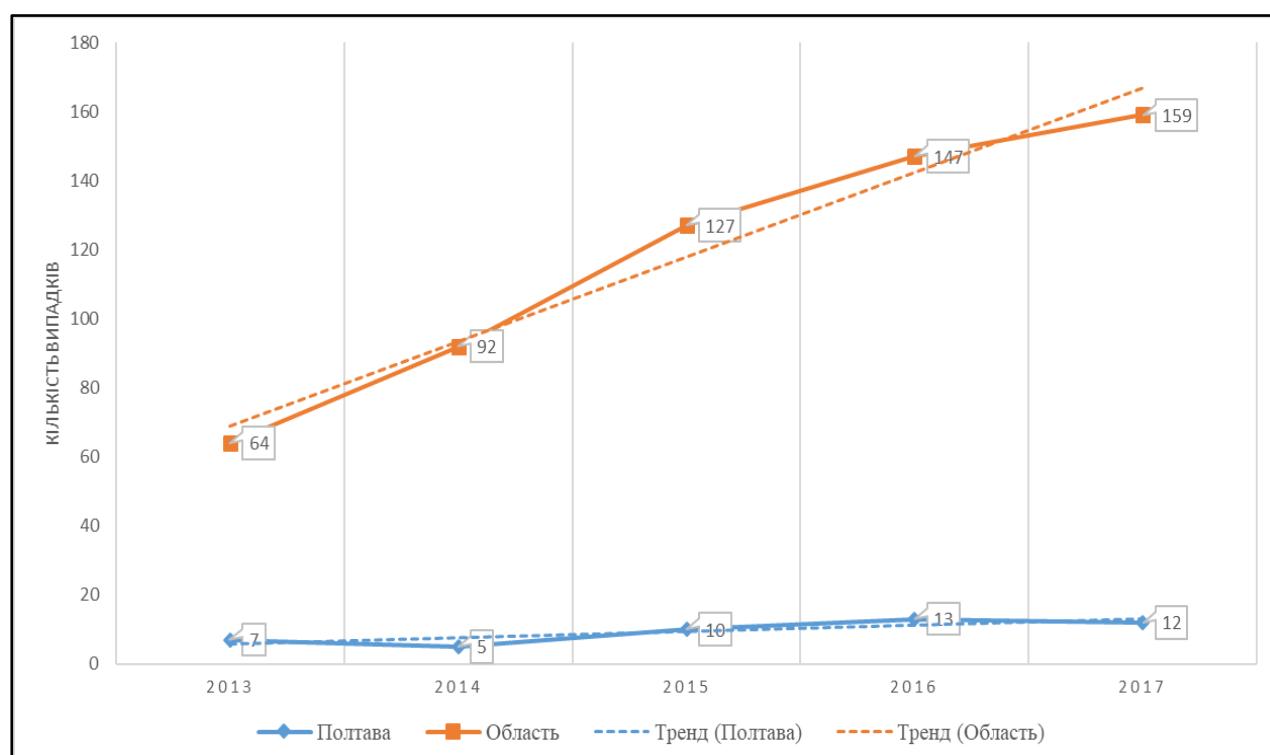


Рис. 3.10. Динаміка захворюваності на тяжкий стрес і порушення адаптації серед населення м. Полтава й Полтавської області за 2013-2017 роки

Поширеність тяжкого стресу й порушення адаптації зросла за цей час на 18,2 % серед населення м. Полтава: при розрахунку відношення шансів для цього показника в м. Полтава виявлено зростання: ВШ 1,213 [95% ДІ (0,127-1,554)], а в Полтавській області - ВШ 1,736 [95% ДІ (0,057-1,943)] (табл.3.26).

Таблиця 3.26

**Поширеність тяжкого стресу й порушення адаптації (F43.0) жителів м.
Полтава й Полтавської області**

Роки	Число випадків абс., (%)	
	м. Полтава	Полтавська область
2013	115(3,9)	482(3,3)
2014	98(3,4)	527(3,6)
2015	121(4,2)	629(4,3)
2016	126(4,4)	624(4,3)
2017	131(4,6)	822(5,8)
2018	136(4,8)	
Темп приросту чи зменшення при змінній основі %	+4,12	+14,9
Темп приросту чи зменшення при постійній основі %	+18,2	+70,5
Відношення шансів	1,213 (0,127-1,554)	1,736 (0,057-1,943)

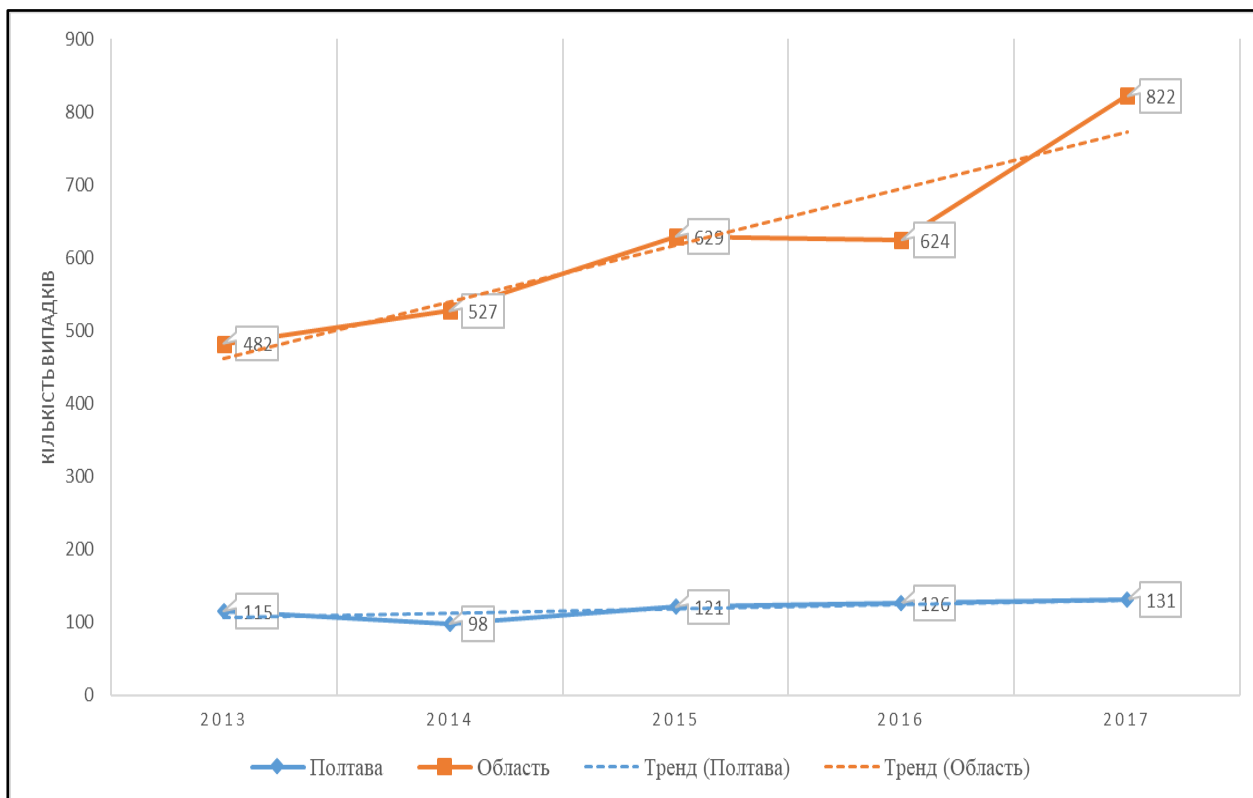


Рис. 3.11. Динаміка поширеності тяжкого стресу й порушення адаптації серед населення Полтави й Полтавської області за 2013-2017 роки

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Установлено, що в Україні чисельність контингенту ветеранів війни постійно зростала: лише впродовж 2016-2018 років вона збільшилася на 27,4%, як і учасників бойових дій – на 14,3%. Зростання відбулося за рахунок збільшення ветеранів війни в Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Одеській, Сумській, Херсонській, Черкаській областях, учасників бойових дій – у Вінницькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях. Чисельність інвалідів війни загалом зменшилася на 9,5 %, однак зростала в Івано-Франківській, Київській і Черкаській областях. Збільшення чисельності зазначених контингентів та особливості регіонального розподілу призвели до зростання обсягів наданої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги,

зокрема, диспансерного спостереження, з урахуванням характеру отриманих патологій в умовах військових подій.

2. З'ясовано, що в структурі госпіталізованої захворюваності на розлади психіки та поведінки в учасників бойових дій провідне місце займали F 43.1 «Післятравматичний стресовий розлад» (27,5%) та F 43.2 «Порушення адаптації» (18,8%). Загалом найвищий відсоток в структурі зазначеного класу хвороб припадав на F40-48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (56,7% осіб), F30-39 «Розлади настрою» (16,0% осіб), F50-59 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами» (21,0% осіб).

3. Виявлено, що структура інвалідності учасників війни в Україні в 2016-2018 роках змінювалась на користь інвалідності третьої групи: кількість інвалідів з першою групою інвалідності зменшилась на 22,9 %, з другою групою - на 0,87%, натомість чисельність інвалідів з третьою групою зросла на 16,5%. Зокрема, в Полтавській області особам з інвалідністю - учасникам АТО вперше встановлено інвалідність третьої групи в 55,4 % випадках, другої групи - в 43,6 % випадках, першої групи – в 1,0 % випадків. Структуру первинної інвалідності серед учасників АТО в 2018 році формували травми, отруєння та інші наслідки дій (0,74 на 1000 осіб), хвороби системи кровообігу (0,743 на 1000 осіб), кістково-м'язової системи (0,54 на 1000 осіб), органів травлення (0,17 на 1000 осіб), розлади психіки та поведінки (0,08 на 1000 осіб).

4. Показано, що серед цивільного населення м. Полтава відбувалося накопичення осіб з афективними розладами, оскільки при зменшенні захворюваності упродовж 2013-2017 років на 33,3 % поширеність цих розладів зросла на 17,8 %. Аналогічні зміни відбувалися із захворюваністю й поширеністю невротичних і соматичних розладів серед жителів м. Полтава й Полтавської області: захворюваність зменшилась відповідно на 7,8 % та 35,4 %, а поширеність зросла відповідно на 14,9% та на 14,4%. Водночас захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації у населення м. Полтава зросла на 64,2 %,

Полтавської області - на 68,4 %, як і поширеності цієї нозології – відповідно на 18,2 % та на 70,5 %.

5. Отримані результати підтвердили актуальність проблеми психічного здоров'я ветеранів війни, учасників бойових дій та цивільного населення внаслідок військових подій в Україні, необхідність формування принципово нової системи реабілітації зазначених контингентів, орієнтованої на комплексний характер з диференціацією необхідних заходів із медичної, професійної та соціальної реабілітації, адекватної інтеграції ветеранів і інвалідів війни в соціум.

Результати дослідження, викладені в даному розділі, представлені в наступних публікаціях автора:

1. Havlovskyi O. D. Dynamics of the prevalence of affective and neurotic disorders on the example of the Poltava region for 2014-2018. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, tom LXXII, № 5, cz II. S. 1122-1125.

2. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз захворюваності і поширеності депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1, т. 1 (148). С. 304-307.

3. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Хорош М. В., Товстяк М. М. Дослідження динаміки інвалідності в Україні серед учасників війни для визначення обсягу надання медичної допомоги та реабілітації. *Клінічна та профілактична медицина*. 2019. Т. 3 – 4, № 9-10. С. 22 – 31.

4. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки інвалідності учасників антитерористичної операції. *Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини»*. 2019, т. 19, № 1 (65). С. 3 – 7.

5. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 4, т. 2 (154). С. 345 – 348.

6. Гавловський О. Д. Аналіз динаміки кількості ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2019, т. 19, № 3 (67). С. 11 – 16.

7. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Товстяк М. М., Ошурко О. І. Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 2 (149). С. 322-325.

РОЗДІЛ 4

ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ВИНИКНЕННЯМ СТРЕС- АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ

На фоні антитерористичної операції (АТО) на всіх її учасників чинить вплив низка інтенсивних, довгодіючих стресогенних факторів, що спричиняє напруження адаптаційних систем організму та проявів у багатьох осіб так званої бойової психічної травми (БПТ) [52, 101].

Все це співвідноситься із підвищеним ризиком утворення психічних розладів, що пов'язані з дією стресу, та є особливо актуальним, зважаючи на багаторічне продовження військових дій на сході нашої країни [240]. Ці передумови своєрідно чинять вплив на перебіг та клінічну картину посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в Україні, зумовлюючи, крім класичної картини психічного порушення, коли йдеться про стрес-асоційовані розлади, почуття розгубленості та нерозуміння з огляду на невизначені термінологічні, практичні та ідеологічні дії - «гібридна війна», «торгівля з агресором», «колишні братські народи», «контрабанда в зоні війни» тощо [247, 409].

Згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10) у розвитку БПТ виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад — ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0)

[124, 304].

4.1. Психоемоційний стан учасників АТО, як прояв роботи вегетативної нервової системи

Оскільки при виникненні стрес-асоційованих розладів страждає психосоматична сфера, реабілітація військовослужбовців має відбуватися через коригування фізичного стану. Тому наступним кроком дослідження було проведення оцінки показників роботи вегетативної нервової системи у військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Полтавському обласному клінічному госпіталі для ветеранів війни. У таблиці 4.1 показано, що найвищу частоту серед клінічних проявів астено-невротичного синдрому займає збудливість, що становить 27,2%, а найнижчу – апатія – 7 (3,4%).

Таблиця 4.1

**Частота клінічних проявів астено-невротичного синдрому у
військовослужбовців**

Показники астено- невротичного синдрому	Частота клінічних проявів астено- невротичного синдрому n=297
Збудливість, дратівливість (так)	81 (27,2%)
Апатія, млявість(так)	11 (3,4%)
Низька працездатність(так)	56 (18,8%)
Безсоння (так)	35 (11,8%)
Гіперестезії (так)	50 (16,8%)
Грудка в горлі (так)	64 (21,7%)

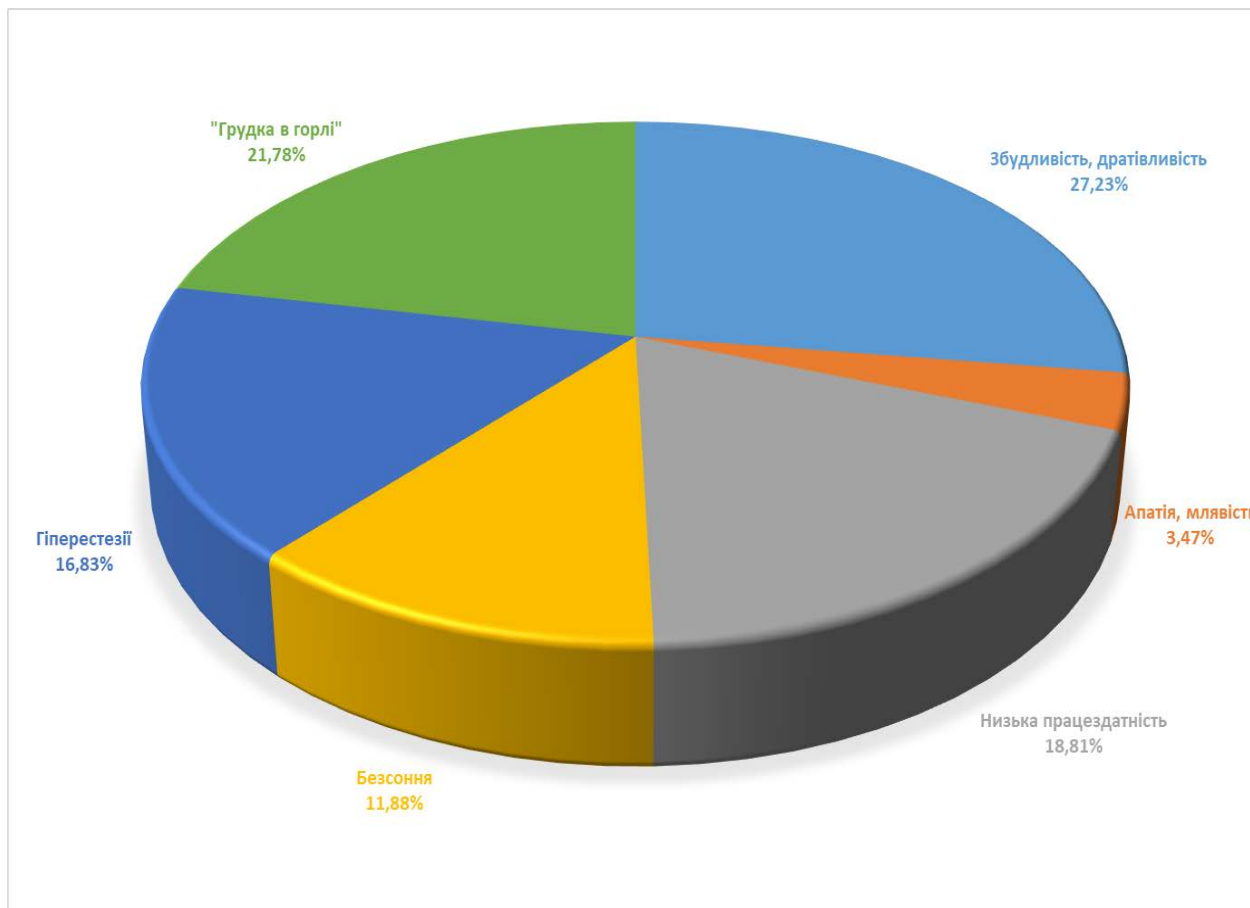


Рис. 4.1. Структура клінічних проявів астено-невротичного синдрому у військовослужбовців

З метою покращення розуміння організації роботи психолога і психотерапевта з бійцями в період реабілітації ми співвіднесли вегетативні реакції до таких соціальних складових як сімейний стан, наявність роботи і статева належність. Характеристики психоемоційного стану, як прояви функціонування вегетативної нервової системи, розділили за ознаками, що визначили залежними змінними.

Установлено, що відчуття збудливості та дратівливості в 1,8 раза частіше трапляється в чоловіків – ВШ 1,8 [95%ДІ (1,585 – 2,045)], ($p < 0,001$) (табл. 4.2). Подібні результати були отримані в роботі О. О. Буряка [22]. Відчуття збудливості є також ознакою посттравматичного розладу [52, 207].

**Залежність відчуття збудливості як показника психоемоційного стану
учасників АТО від соціальних чинників і статі**

Фактори ризику	Відчуття збудливості n=123 (41,6%) abc (%)	Не збудливий n=174 (58,4%) abc (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	41 (40,0)	61 (60,0)	111	0,905 (0,502-1,632)	0,429
Працює	82 (42,4)	111 (57,6)			
Чоловіча стать	123 (44,4,)	154 (55,6)	9,891	1,800 (1,585-2,045)	<0,00 1
Жіноча стать	0 (0,0)	19 (100,0)			
Не одружений	51 (36,1)	91 (63,9)	2325	0,645 (0,367-1,135)	0,083
Одружений	72 (46,7)	82 (53,3)			

Втрата роботи призводить до негативних наслідків у емоційній сфері, самопочутті й поведінці особистості, негативно впливає на процес професійної адаптації в нових соціально-економічних умовах [151].

Дослідженням аспекту вегетативних зрушень виявлено, що він найбільше пов'язаний з працевлаштованістю учасника АТО. Так, у тих, які не працюють, шанси відчувати апатію зростали в 4,46 разів, а низьку працездатність – у 3,5 рази порівняно з тими, які працюють (табл. 4.3; 4.4).

Як показано в таблиці 4.5, шанси мати кращий сон у бійців, які не працюють, на 54% вищі, ніж у працюючих, – ВШ 0,469 [95% ДІ (0,254 – 0,868)], ($p < 0,001$).

Таблиця 4.3

**Залежність відчуття апатії як показника психоемоційного стану учасників
АТО від соціальних чинників і статі**

Фактори ризиків	Відчуття апатії n=31 (10,4%) абс (%)	Не байдужий n=266 (89,6%) абс (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	20 (20,0)	82 (80,0)	10,607	4,464 (1,709-11,665)	0,002
Працює	10 (5,3)	183 (94,7)			
Чоловіча стать	31 (11,1)	247 (88,9)	1,612	1,125 (1,070-1,183)	0,229
Жіноча стать	0(0,0)	19 (100,0)			
Не одружений	10 (7,2)	132 (92,8)	2,025	0,506 (0,195-1,311)	0,116
Одружений	20 (13,3)	134 (86,7)			

Таблиця 4.4

**Залежність працездатності як показника психоемоційного стану учасників
АТО від соціальних чинників і статі**

Фактори ризиків	Низька працездатність n=72 (24,3%) абс (%)	Працездатний n=225 (75,7%) абс (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	41 (40,0)	62(60,0)	14,44	3,524 (1,807-6,872)	<0,001
Працює	31 (15,9)	163 (84,1)	9		
Чоловіча стать	72 (25,9)	206 (74,1)	4,450	1,350 (1,241-1,469)	1,024
Жіноча стать	0 (0,0)	19 (100,0)			
Не одружений	41 (28,9)	101 (71,1)	2,157	1,623 (0,848-3,107)	0,096
Одружений	31 (20,0)	122 (80,0)			

**Залежність безсоння як показника психоемоційного стану учасників АТО
від соціальних чинників і статі**

Фактори ризику	Здоровий сон n=124 (41,5%) абс (%)	Безсоння n=173 (58,4%) абс (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	31 (30,0)	72 (70,0)	5,918	0,469 (0,254-0,868)	0,011
Працює	93 (47,7)	101 (52,3)			
Чоловіча стать	113 (40,7)	164 (59,3)	0,860	1,697 (0,549-5,245)	0,260
Жіноча стать	10 (53,8)	9 (46,2)			
Не одружений	51 (36,1)	91 (63,9)	2,325	0,645 (0,367-1,135)	0,083
Одружений	72 (46,7)	82 (53,3)			

Виявлено, що соціальний статус суттєво не впливав на відчуття гіперестезії в учасників АТО (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Залежність гіперестезії як показника психоемоційного стану учасників
АТО від соціальних чинників і статі**

Фактори ризику	Відчуття гіперестезії n=41 (13,9%) абс (%)	Нормальна чутливість n=256 (86,1%) абс (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	10 (10,0)	92 (90,0)	1,338	0,587 (0,237-1,458)	0,173
Працює	31 (15,9)	163 (84,1)			
Чоловіча стать	41 (14,8)	237 (85,2)	2,236	1,174 (1,106-1,246)	0,135
Жіноча стать	0 (0,0)	19 (100,0)			
Не одружений	20 (14,4)	122 (85,6)	0,051	1,096 (0,493-2,436)	0,490
Одружений	20 (13,3)	134 (86,7)			

Доведено, що одружені в 5,4 рази частіше мали такий прояв як «грудка в горлі» (ВШ 5,4 [95% ДІ (2,226 – 13,098)]), ($p < 0,001$) (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Залежність відчуття «грудки в горлі» як показника психоемоційного стану учасників АТО від соціальних чинників і статі

Фактори ризику	Відчуття «грудки в горлі» n=50 (16,8%) абс (%)	Немає «грудки в горлі» n=247 (83,2%) абс (%)	χ	Відношення шансів (95% ДІ)	p
Не працює	20 (20,0)	82 (80,0)	0,768	1,400 (0,658-2,977)	0,246
Працює	29 (15,2)	164 (84,8)			
Чоловіча стать	41 (14,8)	237 (85,2)	8,534	0,905 (0,502-1,632)	0,011
Жіноча стать	9 (46,2)	10 (53,8)			
Не одружений	40 (27,8)	103 (72,2)	16,140	5,400 (2,226-13,098)	<0,001
Одружений	10 (6,7)	144 (93,3)			

У той же час, шанси мати відчуття «грудки в горлі» зростають на 10,0 % у жінок – ВШ 0,90 [95% ДІ (0,502 – 1,632)], ($p = 0,011$).

Таким чином, було виявлено соціальні і демографічні фактори ризику виникнення клінічних проявів порушень з боку вегетативної нервової системи.

1) Соціальні:

а. безробіття, яке, з одного боку, посилює апатію і знижує працездатність, але з іншого – покращує сон;

б. сімейний стан: одружені в 5,4 рази частіше мали такий прояв як «грудка в горлі»;

2) Демографічні:

а. у чоловіків частіше буває відчуття збудливості, а в жінок – відчуття «грудки в горлі».

4.2. Рівні тривожності й депресії в учасників антитерористичної операції

Відповідно до результатів опитування за шкалою Спілбергера-Ханіна, було визначено, що значна ситуативна тривожність виявлялася в 100 (33,5%) опитаних осіб, помірна - 115 (38,8%), низька - 82 (27,7%) (табл. 4.8). Показники рівня індивідуальної тривожності в комбатантів можуть виявлятися через стурбованість, хвилювання, невпевненість, роздратування, нервозність, передчуття небезпеки та, крім того, у стійкій схильності сприймати значну низку обставин як загрозливі, реагувати на подібні ситуації станом тривоги [159]. Ситуативна (реактивна) тривога визначає ознаки психологічного стану особи як реакцію на важливу життєву подію та виявляється напруженістю, невротичністю та ін [122].

Таблиця 4.8

Рівень ситуативної й особистісної тривожності в учасників АТО за шкалою Спілбергера-Ханіна

	Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна), абс., (%)	Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна) абс., (%)
Висока тривожність	100 (33,5)	191 (64,4)
Помірна тривожність	115 (38,8)	92 (30,9)
Низька тривожність	82 (27,7)	14 (4,8)
Загалом	297 (100,0)	297 (100,0)

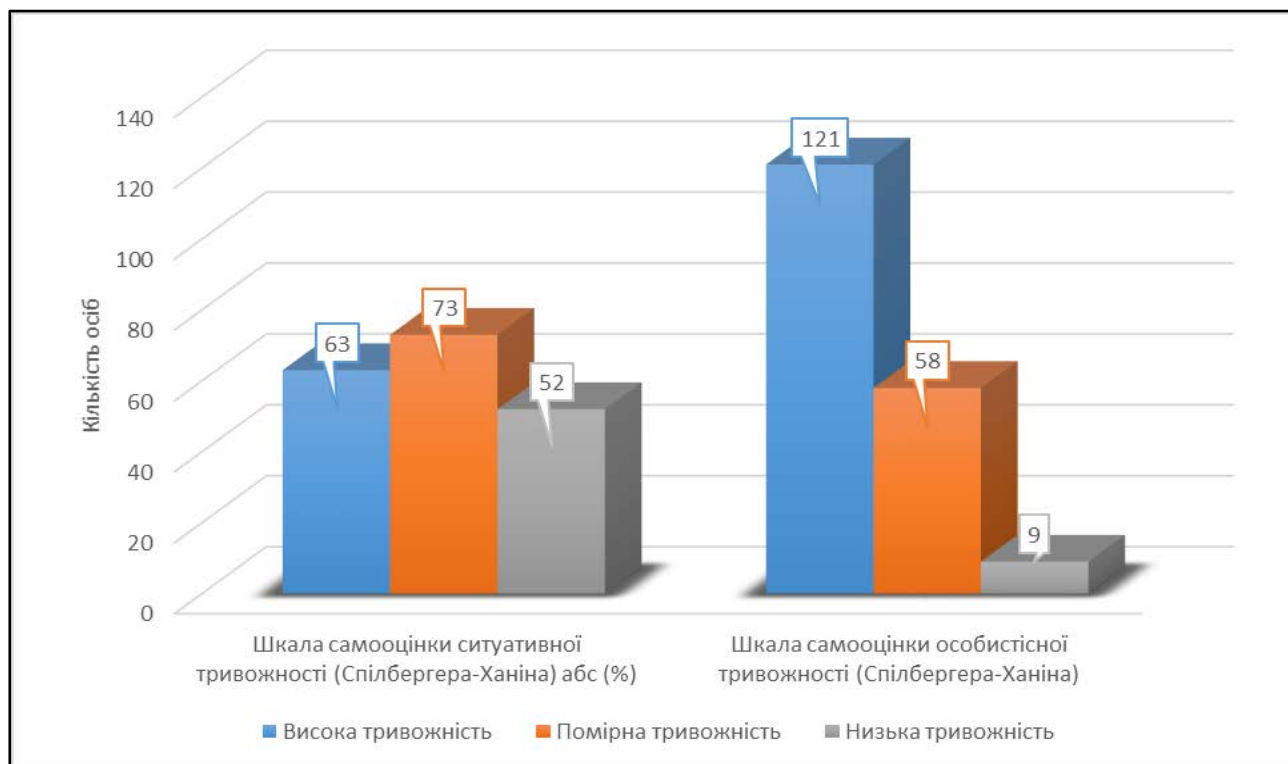


Рис. 4.2. Розподіл учасників АТО за рівнем ситуаційної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна

Результати оцінки депресивних розладів за шкалою депресії Бека продемонстрували, що в 16 (5,3%) осіб існує тяжка та виражена депресія, в 19 (6,4%) – помірна депресія, 36 (12,2%) опитаних мають легку депресію, а в переважного числа - 210 (70,7%) респондентів – відсутні прояви депресивних розладів (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Рівень депресії в учасників АТО за шкалою депресії Бека

	Шкала депресії Бека абс (%)
Важка депресія	16 (5,3)
Виражена депресія	16 (5,3)
Помірна депресія	19 (6,4)
Легка депресія	36 (12,2)
Відсутність депресивних розладів	210 (70,7)
Разом	297 (100,0)

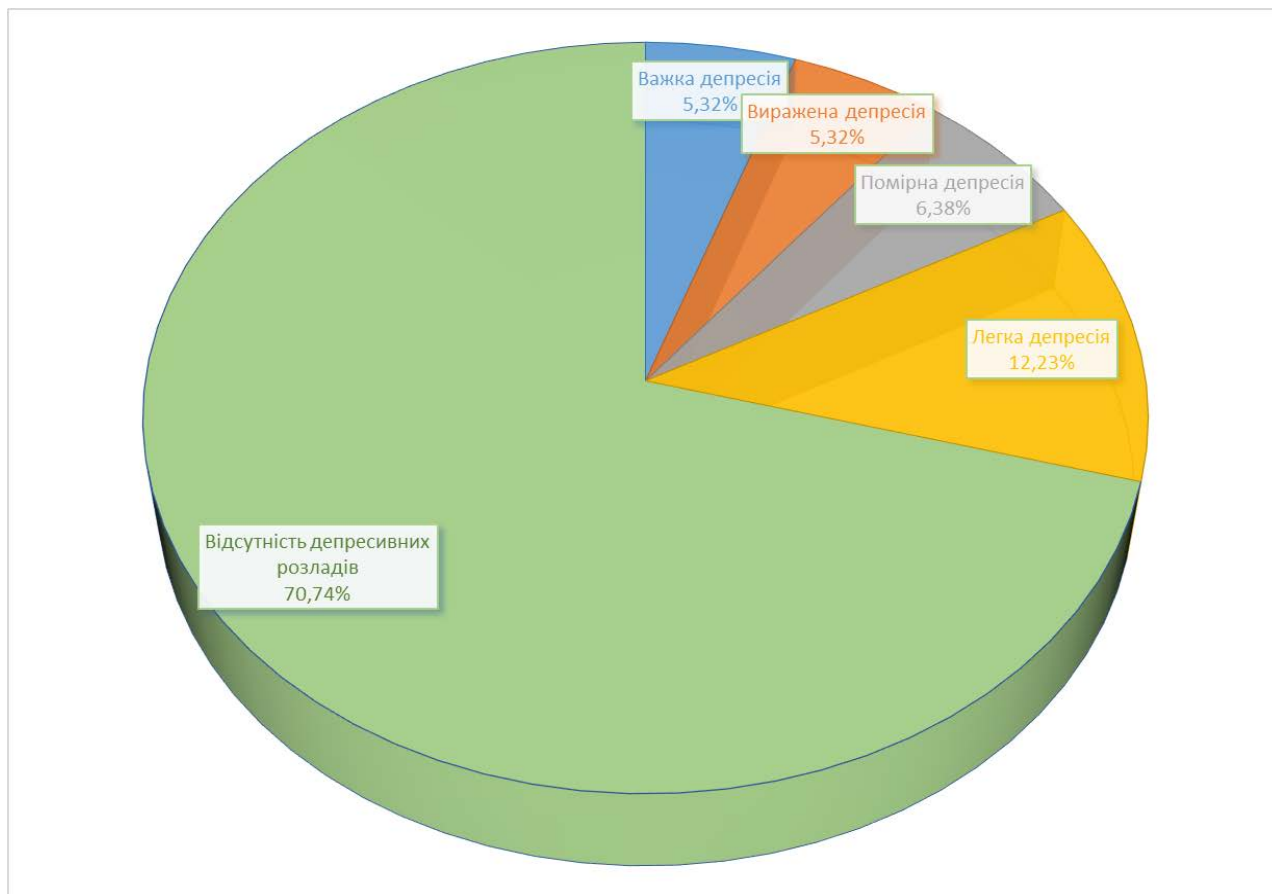


Рис. 4.3. Розподіл учасників АТО за рівнями депресії за шкалою депресії Бека

Виявлено, що відповідно до Міссісіпської шкали, рівень посттравматичних реакцій становить: у 249 (84,0%) пацієнтів - хороший рівень адаптації, в 29 (9,6%) - порушення адаптації, а в 19 (6,4%) учасників бойових дій встановлено посттравматичний стресовий розлад. У патогенезі ПТСР значну роль має високий рівень алекситимічного індексу, спад фрустраційної толерантності особистості, наявність депресії та зростання особистісної і реактивної тривожності, що вимагає медикаментозного і психотерапевтичного впливу (табл. 4.10; рис. 4.4) [74], на що потрібно зважати під час проведення психотерапії та психореабілітації учасників АТО.

Рівень посттравматичних реакцій у учасників АТО за Міссісіпською шкалою

	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, абс., (%)
ПТСР	19 (6,4)
Порушення адаптації	29 (9,6)
Хороший рівень адаптації	249 (84,0)
Загалом	297 (100,0)

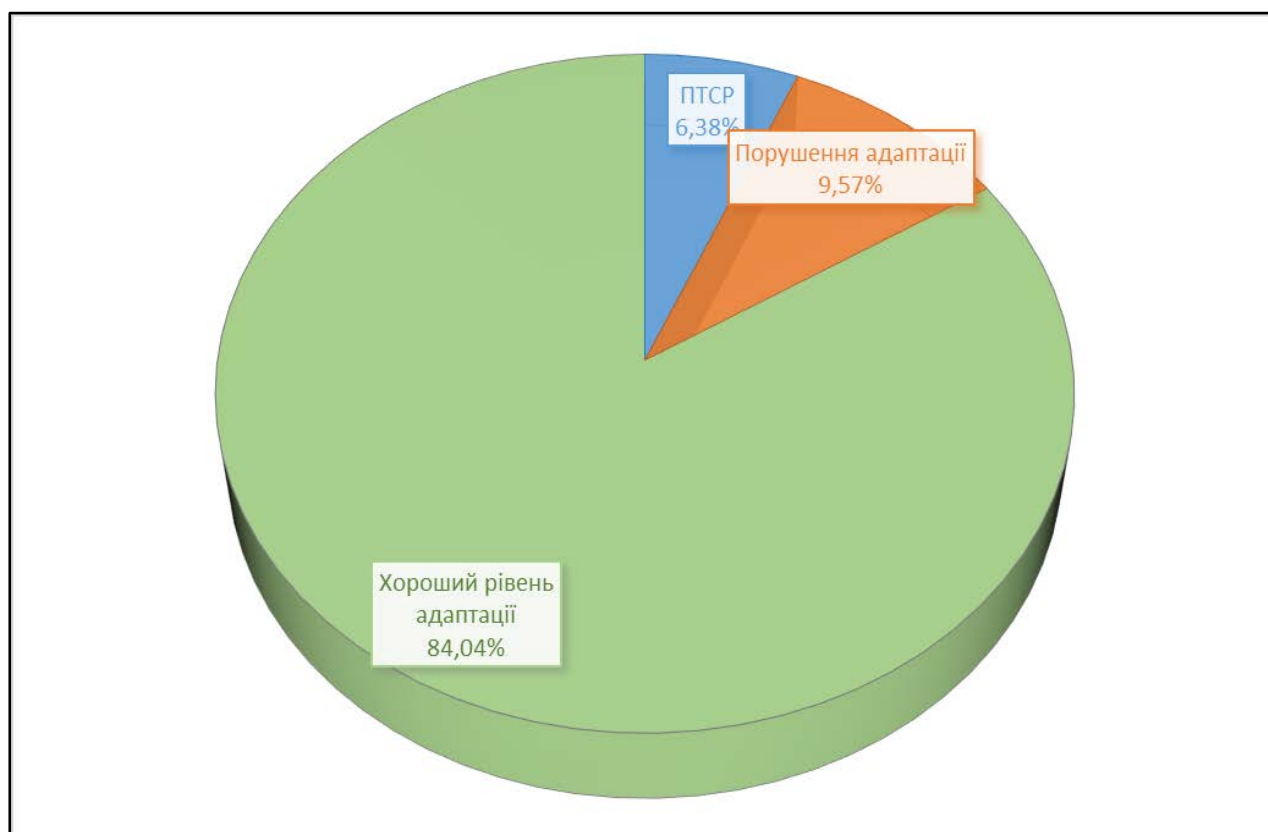


Рис. 4.4. Розподіл учасників АТО за рівнями посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою

Визначаючи розбіжності між рівнем депресії та тривоги в добровольців і мобілізованих, встановлено, що за Міссісіпською шкалою в добровольців рівень ПТСР становить $73,81 \pm 5,5$ проти мобілізованих – $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$).

Окреслюючи розбіжності між рівнем депресії й тривоги в добровольців та мобілізованих, було встановлено, що відповідно до Міссісіпської шкали в добровольців рівень ПТСР сягає $73,81 \pm 5,5$ проти мобілізованих - $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$). За визначенням рівня шкали обидва показники опиняються в ступені впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду - порушення адаптації. Проте, як продемонстрували підсумки нашого дослідження, в добровольців більш помітною є тенденція до ПТСР, що можливо пояснити їхньою неготовністю до військової ситуації. Відповідно до шкали депресії Бека, в добровольців рівень депресії сягає $11,45 \pm 2,1$ проти $7,11 \pm 0,9$ - у мобілізованих ($p=0,032$). Обидва показники перебувають в рамках виявлення легкої депресії, проте в добровольців вона є значно більшою, що теж можна пояснити неочікуваними враженнями від бойових подій (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Рівень депресії, тривожності й ПТСР у добровольців і мобілізованих учасників АТО

Шкала	Доброволець $M \pm m$ $n=83$	Мобілізований $M \pm m$ $n=214$	p
Міссісіпська шкала	$73,81 \pm 5,5$	$62,52 \pm 2,9$	0,050
Шкала депресії Бека	$11,45 \pm 2,1$	$7,11 \pm 0,9$	0,032
Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна (ситуативної тривожності)	$40,30 \pm 2,0$	$36,89 \pm 1,2$	0,137
Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна (особистісної тривожності)	$45,17 \pm 2,1$	$47,22 \pm 1,0$	0,323

Значимих розбіжностей оцінок ПТСР за Міссісіпською шкалою, шкалою депресії Бека і шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна в тих, хто мав і не мав бойового досвіду, не виявили (табл. 4.12).

**Рівень депресії, тривожності й ПТСР у військових із досвідом і
без досвіду бойових дій (БД)**

Шкала	Військовий із досвідом БД М±m n=110	Військовий без досвіду БД М±m n=186	Р
Міссісіпська шкала	60,84±4,8	68,61±4,7	0,265
Шкала депресії Бека	6,21±1,8	5,83±1,5	0,874
Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна (ситуативної тривожності)	38,47±2,2	36,04±2,6	0,497
Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна (особистісної тривожності)	45,74±1,8	44,39±3,3	0,738

За Міссісіпською шкалою, у самотніх бійців рівень ПТСР – $72,87 \pm 53$ проти тих, які проживають із сім'єю, – $62,32 \pm 2,5$ ($p=0,049$). За шкалою депресії Бека, у тих, хто проживає один, рівень депресії – $11,57 \pm 2,0$, проти тих, хто живе з родиною, – $6,71 \pm 0,8$ ($p=0,010$). За шкалою Спілбергера-Ханіна самооцінки ситуативної тривожності, різниця така: рівень $41,63 \pm 1,6$ – в одиноких проти $36,29 \pm 1,1$ у тих, хто проживає з родиною ($p=0,012$). Щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: рівень $50,72 \pm 1,2$ – у самотніх проти $45,25 \pm 0,9$ у людей, які живуть із родиною ($p=0,002$) (табл. 4.13). У подібних дослідженнях також було показано, що депресія частіше розвивалася в самотніх [112, 114].

Комплексний розгляд психічного стану учасників АТО відповідно до різних шкал дав можливість стратифікувати респондентів за групами: доброволець та мобілізований; військовий із бойовим досвідом і без нього, а також ті, які мають різний сімейний статус. За Міссісіпською шкалою, що використовувалася для того, щоб оцінити рівень вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій, встановлено, що більш значно він

проявляється у добровольців, як і депресія за шкалою Бека. Напевне, уявлення добровольців про бойові дії не співпадають з реаліями, й вони переносять щодо цього виражений стрес.

Таблиця 4.13

**Рівень депресії, тривожності й ПТСР в учасників АТО,
які проживають одні або з родиною**

Шкала	Проживає один M±m n=86	Проживає з родиною M±m n=211	p
Міссісіпська шкала	72,87±53	62,32±2,5	0,049
Шкала депресії Бека	11,57±2,0	6,71±0,8	0,010
Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна ситуативної тривожності	41,63±1,6	36,29±1,1	0,012
Шкала Спілбергера-Ханіна самооцінки особистісної тривожності	50,72±1,2	45,25±0,9	0,002

З приводу сімейного стану, а саме проживання самотньо чи з родиною, виявилися значущі розбіжності за всіма шкалами. За Міссісіпською шкалою й самотні, й ті, які проживають із родиною, за результатами відповідей потрапляють у результат 35-96, що відповідає доброму рівню адаптації, тоді як за шкалою Бека результати самотніх відповідають стану легкої депресії, а інші – відсутності депресивних синдромів [397]. Щодо ситуативної тривожності, обидві ці категорії належать до стану, який визначається як низька тривожність, а щодо особистісної тривожності, то відповіді самотніх оцінюються як висока тривожність (46 балів і вище) проти тих, які проживають із родиною, – середня тривожність.

Особистісна тривожність розглядається як ступінь вузлового моменту, сильно впливає на «потрапляння» людини в самотність і на її переживання [392].

Напевно, відчуття власної належності до своєї родини створює відчуття безпеки в бійців і знижує рівень особистісної тривожності, тоді як ситуація, в якій вони опинилися, піднімає рівень ситуативної тривожності в обох категоріях.

4.3. Аналіз психологічних цінностей учасників АТО

Попри потужний арсенал психотерапевтичних заходів для учасників АТО, усе ж проблема організації їхньої психологічної реабілітації залишається нерозв'язаною. У момент критичних ситуацій, коли є небезпека життю, цінності можуть змінюватися.

У розгорнутому вигляді відповіді респондентів мали вигляд, показаний у таблиці 4.14. Найвищий відсоток відповідей припадав на стосунки в сім'ї – 147 (77,8%), здоров'я – 99 (52,4%), підтримку матері – 87 (46,0%) і друзів – 81 (42,9%); таку психологічну цінність як радість відмітили 83 (43,9%). Натомість найменша кількість відповідей припала на одяг – 6 (3,2%), їжу – 10 (5,3%), а з психологічних – вплив на інших – 7 (3,7%) і належність до соціальної групи – 6 (3,2%) (табл. 4.14; рис. 4.5).

Таблиця 4.14

Перелік цінностей, яким віддали перевагу учасники АТО

Цінності	абс (%)	Цінності	абс (%)
1	2	3	4
Мати	87 (46,0)	Вплив	7 (3,7)
Допомога	40 (21,2)	Самоповага	32 (16,9)
Визнання	19 (10,1)	Ритм	23 (12,2)
Батько	60 (31,7)	Належати	6 (3,2)
Вдача	34 (18,0)	Розуміння	47 (24,9)
Робота	74 (39,2)	Зусилля	25 (13,2)

1	2	3	4
Дружба	81 (42,9)	Допомога іншим	53 (28,0)
Комфорт	35 (18,5)	Інтуїція	23 (12,2)
Увага	36 (19,0)	Мир	75 (39,7)
Здоров'я	99 (52,4)	Підтримка	23 (12,2)
Навчання	17 (9,0)	Віра в себе	26 (13,8)
Терпіння	20 (10,6)	Їжа	10 (5,3)
Краса	14 (7,4)	Прямолінійність	28 (14,8)
Музика	22 (11,6)	Відносини	47 (24,9)
Гроші	34 (18,0)	Тварини	15 (7,9)
Усамітнення	17 (9,0)	Природа	29 (15,3)
Радість	83 (43,9)	Відповідальність	37 (19,5)
Гумор	47 (24,9)	Сім'я	147 (77,8)
Розслаблення	22 (11,5)	Мудрість	32 (16,9)
Рівність	22 (11,6)	Спорт	30 (15,9)
Благополуччя	36 (19,0)	Приватність	13 (6,9)
Вірність	65 (34,4)	Відвертість	24 (12,7)
Самостійність	22 (11,6)	Виклики	16 (8,5)
Бути разом	24 (12,7)	Одяг	6 (3,2)
Релігія	10 (5,3)	Близькість	34 (18,0)

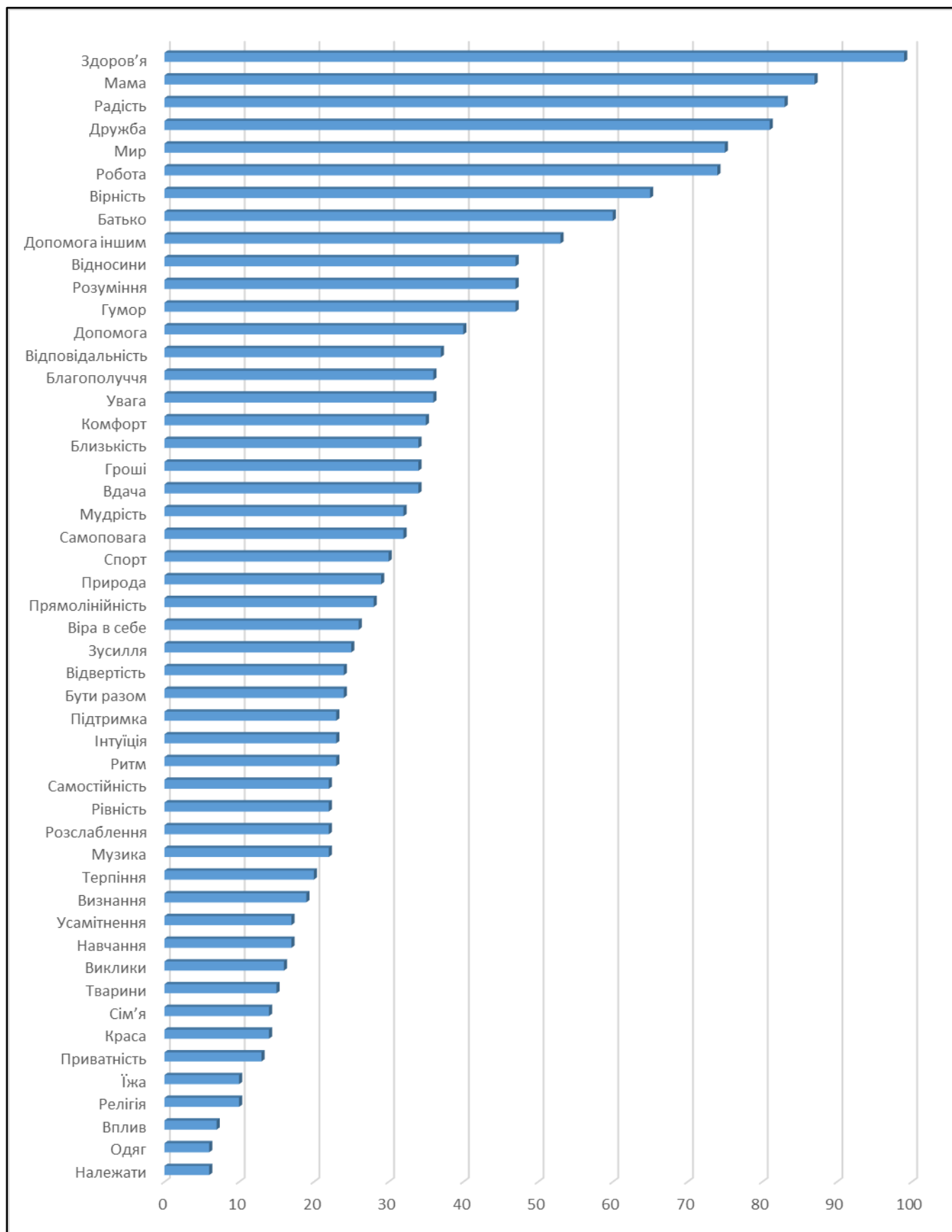


Рис. 4.5. Перелік цінностей, яким віддали перевагу учасники АТО

Проведений аналіз цінностей учасників АТО дозволив класифікувати їхні відповіді за основними напрямками таким чином, що результати опитування розділилися на 8 блоків, кожен із яких включав відповідні запитання, що дозволяють вивчити структуру цінностей, які впливають на особистість у цілому (табл. 4.15).

Таблиця 4.15

Розподіл цінностей учасників АТО за блоками

№ з/п	Блоки цінностей та їх складові			
1	Сім'я	Якість життя	Міжособові стосунки	Саморозвиток
	Мати Батько Особисті стосунки Батьківська сім'я Приватність Близькість	Баланс Вдача Комфорт Здоров'я Краса Радість Розслаблення Благополуччя Мир	Допомога Дружба Увага Підтримка Бути з кимось разом Належати до соціальної групи	Усамітнення Рівність Самостійність Інтуїція Прямолінійність Відвертість
2	Професійний розвиток	Хобі	Моральні цінності	Самовизнання
	Робота Навчання Гроші Одяг Ритм життя Їжа Відповідальність	Музика Гумор Релігія Тварини Природа Спорт	Терпіння Вірність Розуміння Допомога іншим Мудрість	Визнання Вплив на інших Виклики життя Самоповага Віра в себе Зусилля

За результатами опитування, метою якого було визначення цінностей учасників АТО, ми отримали відповідну їхню структуру (рис. 4.6). Найвищий відсоток відповідей про цінності припадав на якість життя – 414 (23%), із невеликим відривом - сім'ю – 388 (21%), на другому місці визначені моральні цінності – 217 (12%), третє місце порівну розділили підтримка оточення – 210 (11%) і професійний розвиток – 201 (11%), хобі отримало 153 (8%), а найменшу

кількість голосів здобули саморозвиток – 136 (7%) і самовизнання – 125 (7%). Така структура вказала на конкретні цінності, що відображають прагнення до фізичної безпеки, яку людина знаходить у родині. Гармонійне поєднання духовного, психологічного, соціального й фізичного здоров'я особистості визначається поняттям «якість життя», яке з'явилося в кінці 50-х рр. XX століття [89, 97]. Вибір гармонії в житті свідчить про те, що респонденти будували свої плани на майбутнє, і, очевидно, їхні наміри були позитивними.

Про прагнення до економічної безпеки свідчать обрані респондентами відповіді: робота, навчання, гроші, одяг, ритм життя, їжа, відповідальність. Ці й інші цінності у своїй більшості мали суто індивідуальний характер. У той же час, частина опитаних декларувала значення й цінності міжособових стосунків: наявність друзів, щасливе сімейне життя. Остання група, «Самовизнання», разом із хобі й моральними цінностями, може вказувати на пошуки свого місця в житті, у суспільстві, усвідомлення власних інтересів. У нашому опитуванні учасники не продемонстрували якої-небудь зацікавленості до таких ліберальних цінностей як свобода, демократія, права людини, терпіння, повага до думки інших, незалежність, самостійність, ініціативність, заповзятливість і т.д.

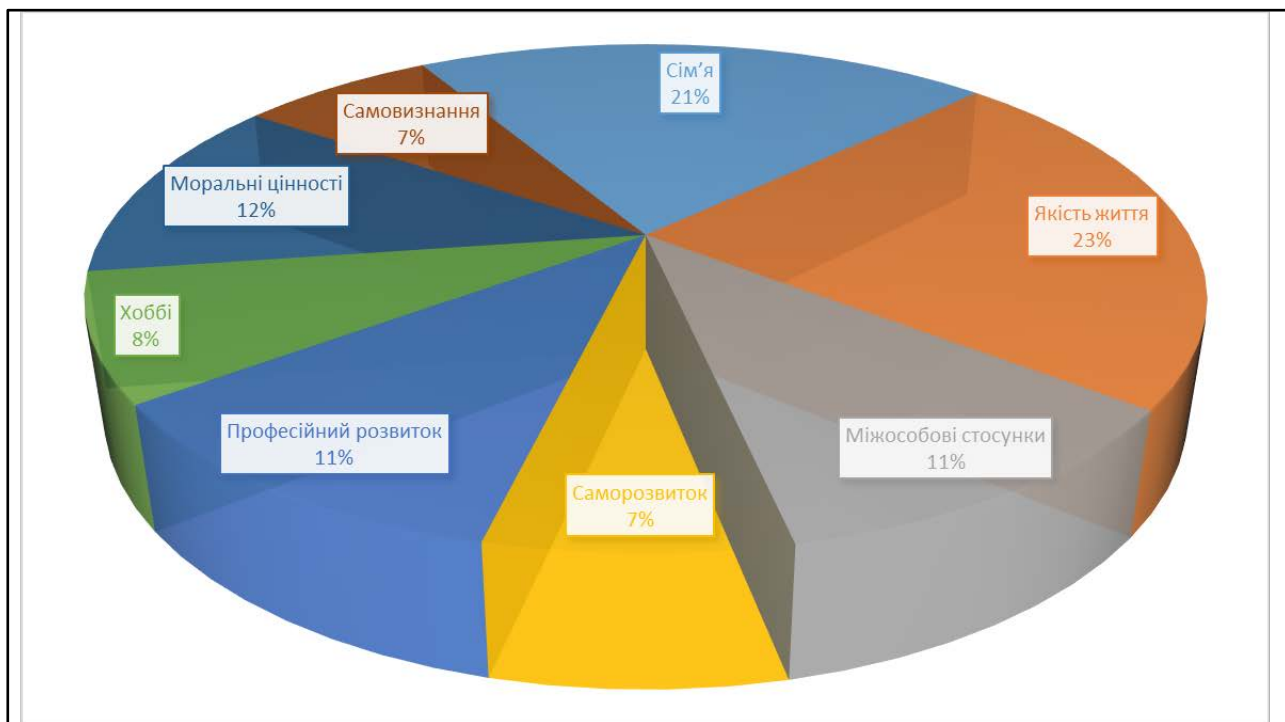


Рис. 4.6. Структура цінностей учасників АТО

Таким чином, були укрупнені блоки цінностей і зведені до трьох:

1) Цінності адаптації, які відображають спрямованість на подолання тривоги щодо фізичної й економічної безпеки:

- a) сім'я;
- b) якість життя;

2) Цінності соціалізації, обумовлені орієнтацією на інших людей, на інтеграцію в суспільстві, на досягнення певного соціального статусу:

- a) міжособові стосунки;

3) Цінності індивідуалізації, спрямовані на розвиток, на самоактуалізацію й мають радше автономний характер, були інтерпретовані як:

- a) саморозвиток;
- b) професійний розвиток;
- c) хобі;
- d) моральні цінності;
- e) самовизнання.

Сприйняття навколишнього світу в критичних ситуаціях може змінюватися, тому для визначення алгоритму реабілітації необхідно було виявити фактори ризику, що сприяють розвитку високого рівня тривожності із точки зору обраних життєвих цінностей (табл. 4.16).

Виявлені значущі шанси появи цього психічного відхилення було стратифіковано на групи:

1) Цінності адаптації:

a) шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не обрав своєю цінністю:

i) здоров'язберігаючі орієнтири: здоров'я – у 2,7 раза (ВШ 2,171 [95% ДІ (0,970-4,863)]);

ii) мир – у 3,9 раза (ВШ 3,977 [95% ДІ (1,448-10,922)]);

iii) радість – у 4,8 раза (ВШ 4,857 [95% ДІ (1,776-13,379)]);

b) шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю:

- i) терпіння – на 71% (ВШ 0,295 [95% ДІ (0,106-0,816)]);
- 2) Цінності соціалізації:
 - a) шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не обрав своєю цінністю:
 - i) вірність – у 2,4 рази (ВШ 2,384 [95% ДІ (0,912-6,169)]);
 - ii) сім'ю – у 3,5 рази (ВШ 3,550 [95% ДІ (1,549-8,139)]);
 - b) шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю:
 - i) усамітнення – на 88% (ВШ 0,124 [95% ДІ (0,043-0,358)]);
 - ii) рівність – на 66,5 (ВШ 0,345 [95% ДІ (0,127-0,936)]).

Таблиця 4.16

Розподіл обраних цінностей між учасниками АТО з високим та помірним рівнем тривожності

Цінності	Кількість учасників АТО з високим рівнем тривожності	Кількість учасників АТО з помірним рівнем тривожності	Відношення шансів (ДІ 95%)	Р
1	2	3	4	5
Баланс	2 (6,7)	28 (93,3)	2,819 (0,357-22,290)	0,272
Мати	20 (11,5)	154 (88,5)	1,901 (0,837-4,320)	0,088
Допомога	12 (15,0)	68 (85,0)	1,097 (0,415-2,898)	0,536
Визнання	4 (10,5)	34 (89,5)	1,688 (0,369-7,720)	0,385
Батько	12 (10,0)	108 (90,0)	2,077 (0,801-5,387)	0,092
Вдача	12 (17,6)	56 (82,4)	0,862 (0,322-2,303)	0,469
Робота	22 (14,9)	126 (85,1)	1,145 (0,511-2,570)	0,454
Дружба	18 (11,1)	144 (88,9)	1,953 (0,842-4,531)	0,083
Комфорт	6 (8,6)	64 (91,4)	2,286 (0,652-8,012)	0,141
Увага	12 (16,7)	60 (83,3)	0,938 (0,352-2,495)	0,535
Здоров'я	22 (11,1)	176 (88,9)	2,171 (0,970-4,863)	0,043

1	2	3	4	5
Навчання	10 (29,4)	24 (70,6)	0,411 (0,133-1,267)	0,111
Терпіння	14 (35,0)	26 (65,0)	0,295 (0,106-0,816)	0,023
Краса	4 (14,3)	24 (85,7)	1,151 (0,244-5,425)	0,608
Музика	6 (16,3)	38 (86,4)	1,230 (0,340-4,449)	0,520
Гроші	10 (14,7)	58 (85,3)	1,124 (0,397-3,184)	0,531
Усамітнення	18 (52,9)	16 (47,1)	0,124 (0,043-0,358)	0,000
Радість	10 (6,0)	156 (94,0)	4,857 (1,776-13,379)	0,001
Гумор	14 (14,9)	80 (85,1)	1,114 (0,444-2,792)	0,511
Розслаблення	6 (13,6)	38 (86,4)	1,230 (0,340-4,449)	0,520
Рівність	14 (31,8)	30 (68,2)	0,345 (0,127-0,936)	0,039
Благополуччя	6 (8,3)	66 (91,7)	2,376 (0,679-8,318)	0,125
Вірність	12 (9,2)	118 (90,8)	2,384 (0,912-6,169)	0,049
Самостійність	8 (18,2)	36 (81,8)	0,836 (0,262-2,670)	0,480
Бути разом	4 (8,3)	44 (91,7)	2,265 (0,504-10,186)	0,220
Релігія	6 (30,0)	14 (70,0)	0,417 (0,102-1,714)	0,201
Одяг	2 (16,7)	10 (83,3)	0,948 (0,107-8,412)	0,653
Вплив	0 (0,0)	14 (100,0)	0,834 (0,782-0,890)	0,290
Самоповага	8 (12,5)	56 (87,5)	1,400 (0,453-4,330)	0,389
Ритм	8 (17,4)	38 (82,6)	0,888 (0,279-2,825)	0,520
Належати	8 (66,7)	4 (33,3)	0,083 (0,015-0,478)	0,006
Розуміння	10 (10,6)	84 (89,4)	1,810 (0,651-5,036)	0,180
Зусилля	12 (24,0)	38 (76,0)	0,547 (0,198-1,509)	0,184
Допомога іншим	16 (15,1)	90 (84,9)	1,095 (0,454-2,640)	0,516
Інтуїція	2 (4,3)	44 (95,7)	4,691 (0,608-36,212)	0,084
Мир	10 (6,7)	144 (93,3)	3,977 (1,448-10,922)	0,003
Підтримка	6 (13,0)	40 (87,0)	1,304 (0,362-4,699)	0,480
Віра в себе	6 (11,5)	46 (88,5)	1,533(0,430-5,471)	0,371
Їжа	4 (20,0)	16 (80,0)	0,747 (0,151-3,703)	0,495
Прямолінійніс ть	8 (14,3)	48 (85,7)	1,164 (0,373-3,636)	0,525
Відносини	10 (10,6)	84 (89,4)	1,810 (0,651-5,036)	0,180
Тварини	2 (6,7)	28 (93,3)	2,819 (0,357-22,290)	0,272
Природа	6 (10,3)	52 (89,7)	1,773 (0,500-6,279)	0,277
Відповідальніс ть	10 (13,5)	64 (86,5)	1,270 (0,451-3,577)	0,433

1	2	3	4	5
Сім'я	34 (11,6)	260 (88,4)	3,550 (1,549-8,139)	0,003
Мудрість	8 (12,5)	56 (87,5)	1,400 (0,453-4,330)	0,389
Спорт	10 (16,7)	50 (83,3)	0,940 (0,329-2,688)	0,545
Приватність	2 (7,7)	24 (92,3)	2,384 (0,298-19,051)	0,353
Відвертість	4 (8,3)	44 (91,7)	2,265 (0,504-10,186)	0,220
Виклики	16 (25,0)	24 (75,0)	0,534 (0,160-1,785)	0,238
Близькість	10 (14,7)	58 (85,3)	1,124 (0,397-3,184)	0,531

Значущих розбіжностей у такій групі ціннісних орієнтирів як індивідуалізація не було виявлено. Насторожує той факт, що терпіння, рівність, усамітнення підвищують розвиток ПТСР і порушення адаптації. Здавалося б, що людина повинна була б у якихось конфліктних, напружених ситуаціях шукати усамітнення для заспокоєння, але, як виявилось, цього не відбувається. Очевидно, що для зниження рівня тривожності учасники АТО потребують консультації психолога не лише після повернення додому, але й безпосередньо на місці дислокації військ.

Дослідження обмежене тим, що нині немає групи людей, які б не брали участі в антитерористичній операції, і тому в цій роботі не було проведено двовимірної аналізу, що ми плануємо зробити у своєму подальшому дослідженні.

4.4. Фактори ризику перенесеного негативного дитячого досвіду, пов'язані з виникненням стрес-асоційованих розладів в учасників АТО

На початку чергового етапу дослідження ми ознайомилися з демографічними факторами ризику, які б могли впливати на виникнення психологічних проявів в учасників АТО. Результати роботи засвідчили, що шанси мати високий рівень ситуативної тривожності за Спілбергером-Ханінім зростають у 1,7 рази (ВШ 1,751 [95% ДІ (1,073-2,859)]), $p = 0,023$, у одружених і

в 2,3 рази в тих, хто живе самотньо (ВШ 2,262 [95% ДІ (1,333-3,837)]), $p \leq 0,001$ (табл. 4.17).

Таблиця 4.17

**Розподіл учасників АТО з високим та помірним рівнем тривожності
й демографічними чинниками**

Демографічні чинники	Кількість учасників АТО з високим рівнем ситуативної тривожності n=100	Кількість учасників АТО з помірним рівнем ситуативної тривожності n=197	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
Місце проживання, село (n = 205)	66 (39,2)	139 (60,8)	0,810 (0,484-1,355)	2,553	0,075
Місце проживання, місто (n = 92)	34 (51,7)	58 (48,3)			
Сімейний стан, самотній (n = 116)	48 (52,7)	68 (47,3)	1,751 (1,073-2,859)	4,603	0,023
Сімейний стан, одружений (n = 181)	52 (36,8)	129(63,2)			
З ким проживає, на одинці (n = 80)	38 (64,7)	42 (35,3)	2,262 (1,333-3,837)	13,341	<0,001
З ким проживає, з родиною (n = 217)	62(35,0)	155 (65,0)			
Освіта, середня (n = 156)	53 (43,4)	103 (56,6)	1,029 (0,635-1,667)	0,010	0,518
Освіта, вища (n = 141)	47(42,7)	94 (57,3)			

Дитячі труднощі, що характеризуються жорстокістю, нехтуванням, і побутові страждання – проблема, яка сильно впливає на людей, сім'ї й суспільство.

Негативний дитячий досвід – Adverse Childhood Experiences (ACE) – не єдиний фактор, що визначає розвиток хвороб, але він достатньо підвищує шанси їх розвинення. Будь-яке захворювання викликане багатьма причинами. Це може бути генетичні чинники, вплив токсинів та інфекції, які також відіграють певну роль. Дослідження негативного дитячого досвіду дуже споріднені з дослідженнями посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [133].

За участі лікарів Полтавського госпіталю ветеранів війни було проведено опитування учасників АТО. Усі запитання ACE в таблиці 4.18 стосуються перших 18 років життя. Запитання зі «Шкали конфліктної тактики» використовували для визначення емоційного, фізичного й домашнього насильства. Отримані дані, показані в таблиці 4.18, засвідчили, що шанси мати високий рівень ситуативної тривожності зростають у тих бійців, які скаржилися на:

- емоційне насильство – у 5 разів, у вигляді відчуття приниження (ВШ 4,876 [95% ДІ (2,867-8,294)]), $p < 0,001$;
- фізичне насильство – у 7 разів (ВШ 6,726 [95% ДІ (3,854-11,739)]), $p < 0,001$ у тих, хто зазнав побоїв;
- домашнє насильство, яке проявлялося в тому, що били матір, – у 4 рази (ВШ 4,421 [95% ДІ (2,644-7,391)]), $p < 0,001$;
- неблагополучні родини, де хтось із членів сім'ї вживав наркотики, – у 2 рази (ВШ 2,203 [95% ДІ (1,326-3,660)]), $p = 0,013$;
- депресію в батьків – у 11 разів (ВШ 11,118 [95% ДІ (4,883-25,314)]), $p < 0,001$.

**Фактори ризику виникнення ПТСР, асоційовані з несприятливими
наслідками в дитинстві**

Несприятливі наслідки в дитинстві	Кількість учасників АТО з високим рівнем ситуативної тривожності = 100	Кількість учасників АТО з помірним рівнем ситуативної тривожності = 197	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
Приниження, так (n = 90)	53 (64,3)	37 (35,7)	4,876 (2,867-8,294)	26,121	<0,001
Приниження, ні (n = 207)	47 (25,0)	160 (75,0)			
Удари (побиття), так (n = 146)	78 (56,5)	68 (43,5)	6,726 (3,854- 11,739)	30,464	<0,001
Удари (побиття), ні (n = 151)	22 (17,7)	129 (82,3)			
Сексуальне насильство, так (n = 34)	24 (82,7)	10 (17,3)	5,905 (2,695- 12,939)	0,636	0,328
Сексуальне насильство, ні (n = 263)	76 (36,1)	187 (63,9)			
Ніхто не любить, так (n = 93)	33 (40,7)	60 (59,3)	1,125 (0,672-1,883)	0,585	0,273
Ніхто не любить, ні (n = 204)	67 (34,9)	137 (65,1)			
Не вистачає їжі, так (n = 70)	20 (40,0)	50 (60,0)	0,735 (0,409-1,320)	0,238	0,378
Не вистачає їжі, ні (n = 227)	80 (35,8)	147 (64,2)			
Втрата когось із батьків, так (n = 96)	28 (34,4)	68 (65,6)	0,738 (0,436-1,249)	0,201	0,389
Втрата когось із батьків, ні (n = 201)	72 (37,8)	129 (62,2)			
Били матір, так (n = 129)	67 (59,2)	62 (40,8)	4,421 (2,644-7,391)	102,031	< 0,001
Били матір, ні (n = 168)	33 (16,8)	135 (83,2)			
Хтось вживав наркотики, так (n = 168)	69 (43,9)	99 (56,1)	2,203 (1,326-3,660)	5,577	0,013

Хтось вживав наркотики, ні (n = 129)	31 (27,2)	98 (72,8)			
Депресія, так (n = 40)	32 (78,3)	8 (21,7)	11,118 (4,883-25,314)	19,483	<0,001
Депресія, ні (n = 257)	68 (30,9)	189 (69,1)			
Тюрма, так (n = 20)	12 (36,4)	8 (63,6)	3,222 (1,127-8,163)	0,001	0,626
Тюрма, ні (n = 277)	88 (36,7)	189 (63,3)			

4.5. Прогностична модель факторів ризику ПТСР в учасників АТО

У зоні АТО бійці перебували в середньому $12,7 \pm 7,913$ місяця. Цей час ми використали як часову змінну, яка при інших значущих факторах впливала б на прогноз психологічних зрушень у бійців. Залежною змінною стало «виникнення ПТСР». Для цього в регресійне рівняння за Коксом було включено значимі незалежні предиктори, які ми знайшли при простій логістичній регресії:

- Демографічні показники:
- неодружені;
- ті, хто проживає самотньо;
- Результати, отримані в анкетуванні щодо негативного дитячого досвіду, який відбувався до 18 років:
 - відчуття приниження;
 - фізичне насильство – у тих, хто зазнав побоїв;
 - домашнє насильство – били матір;
 - неблагополучні родини, де хтось із членів сім'ї вживав наркотики;
 - депресіяв батьків.

Через регресійний аналіз ми встановили чинники, що впливають на виникнення психологічних симптомів.

У таблиці 4.19 подано модель, що сформована за допомогою методу відношення правдоподібності. Зокрема, на першому кроці в модель внесено змінні: сімейний стан та з ким проживає, на другому - відчуття приниження; фізичне насильство - в тих, хто потерпав від побоїв; домашнє насильство - били

матір; неблагополучні родини, в яких хтось із членів сім'ї вживав наркотичні засоби; депресія у батьків.

Нами виявлено тісні взаємозв'язки для випадків психологічних проявів учасників АТО, про що свідчать прогнозовані зміни ризику при зміні значення незалежної змінної на одиницю (табл. 4.19).

На першому кроці дослідження виявлено значущу змінну – самотні, $\exp(\beta)$ 2,240 ($p=0,033$). Очевидно, що спільне проживання з власною родиною чи з батьками створює в бійців відчуття підтримки й захищеності.

В аналізі другого кроку рівняння значимими виявилися фактори фізичного й домашнього насильства: шанси виникнення психічних симптомів зростають у бійців, які зазнали побоїв у дитинстві, у 2,983 ($p < 0,001$) і наносили удари матері – у 2,890 ($p < 0,001$). Депресія в когось із батьків також підвищувала ризик у 3,352 рази ($p = 0,002$).

Таблиця 4.19

Фактори ризику, які впливають на появу ПТСР в учасників АТО за тривалого перебування в зоні збройного конфлікту

Крок №	Фактор	Коеф.В	Станд. помил.	Вальд.	p	Exp (β)	ДІ 95%
Крок 1	Сімейне положення	0,258	0,372	0,482	0,488	1,294	0,625-2,681
	З ким проживає	0,806	0,378	4,555	0,033	2,240	1,068-4,696
Крок 2	Приниження	0,025	0,279	0,008	0,930	1,025	0,593-1,772
	Удари	1,210	0,329	13,554	0,000	2,983	2,157-5,568
	Втрата когось із батьків	0,548	0,292	3,538	0,060	1,731	0,977-3,065
	Били матір	1,243	0,286	18,923	0,000	2,890	3,165-6,505
	Хтось уживав наркотики/алкоголь	0,249	0,317	0,614	0,433	1,282	0,689-2,387
	Депресія	1,044	0,341	9,382	0,002	3,352	2,180-4,687

Оцінки відповідних коефіцієнтів, а також графіки, побудовані для середніх значень незалежних змінних, наведено на рис. 4.7; 4.8.

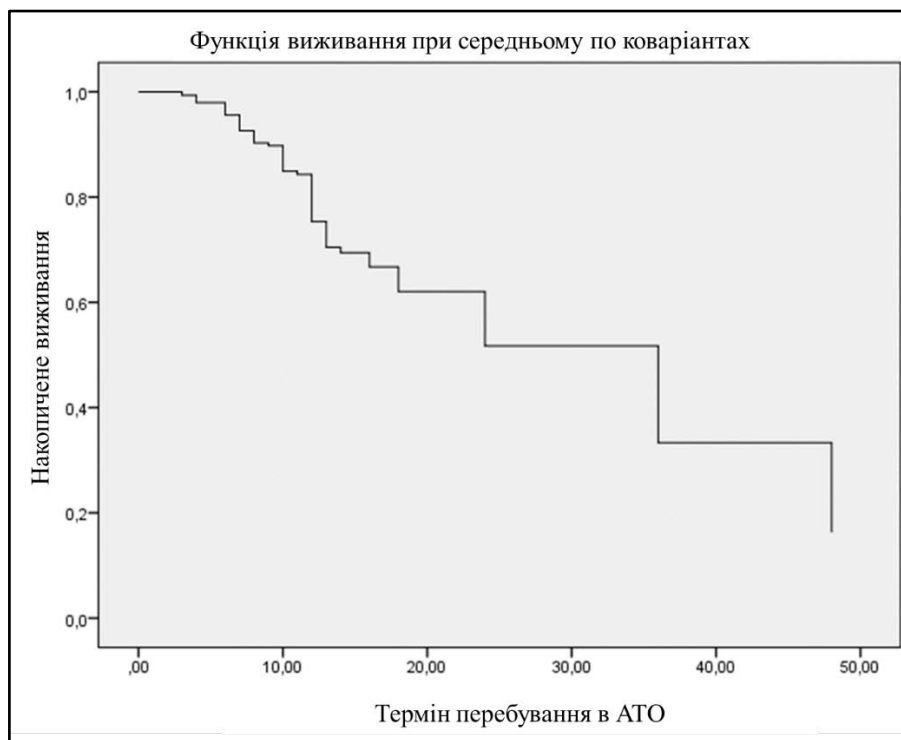


Рис. 4.7. Функція збереження психічного здоров'я з урахуванням демографічних факторів і негативного дитячого досвіду для середніх значень коваріат перебування в АТО

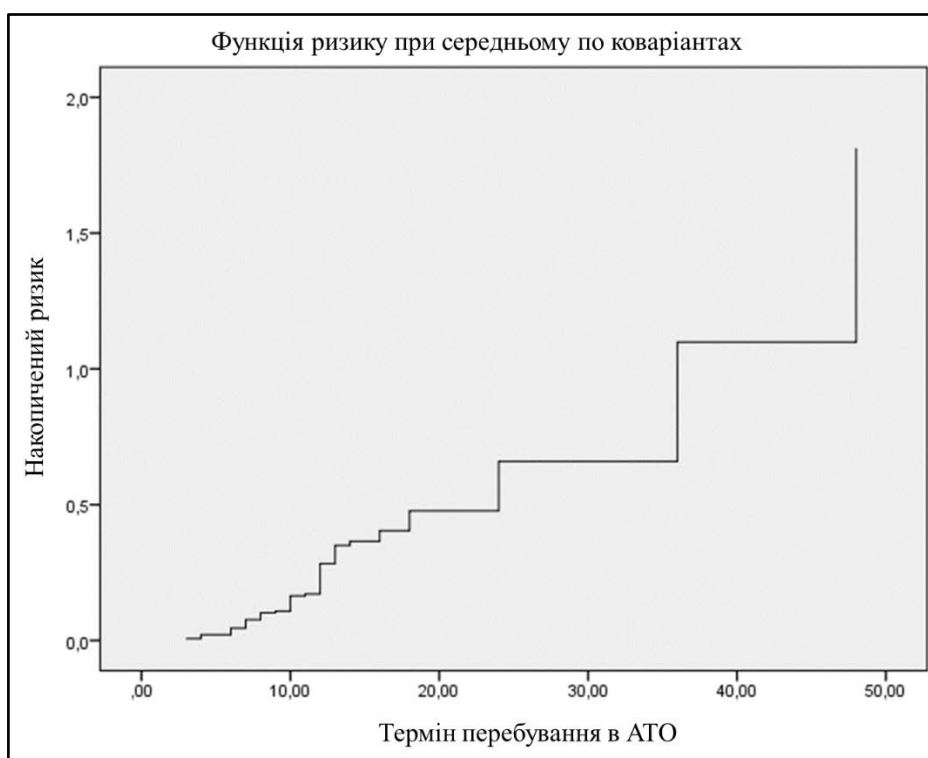


Рис. 4.8. Функція ризику появи високого рівня ситуативної тривожності з урахуванням демографічних факторів і негативного дитячого досвіду для середніх значень коваріат перебування в АТО

Кожна точка й відрізок на кривій виживання засвідчили ймовірність того, що боєць потрапляє в ризиковану зону появи психічних симптомів, ураховуючи демографічні фактори й фактори негативного дитячого досвіду, із кожним місяцем, проведеним у АТО. Найменший термін перебування становив 1 місяць, а найбільший – 48. Після 18 місяця різко підвищується відносний ризик, який зупиняється на двадцятому, після чого ризик виникнення психічних симптомів зростає та, відповідно, шанс збереження психічного здоров'я знижується.

4.6. Аналіз думки учасників АТО й медичного персоналу щодо їхнього ставлення до психологічної допомоги

Результатами дослідження встановлено, що ветерани з бойовим досвідом у 3 рази частіше відповідали ствердно на запитання «Чи потрібна психологічна допомога?» (ВШ 3,314 [95% ДІ (1,718-6,165)]), $p < 0,001$ (табл. 4.20). Таким же чином відповіли учасники бойових дій і про потребу в психологічній реабілітації для тих, кому вона необхідна, - в 4 рази частіше, ніж ветерани, які не мають військового досвіду (ВШ 3,939 [95% ДІ (1,826-6,302)]), $p < 0,001$. Така розбіжність у відповідях ветеранів із бойовим і мирним досвідом вказує на їхні потреби в психологічних заходах.

Ствердно відповідали на запитання «Чи необхідно працювати психологу з родинами?» ветерани, що мають бойовий стаж, у 14 разів частіше, порівнюючи з мирним (ВШ 13,850 [95% ДІ (6,736-28,479)]) ($p < 0,001$). Результати цієї відповіді вказують на негативний досвід спілкування комбатантів з представниками своєї родини.

Посттравматичні симптоми згубним чином впливають на стосунки з іншими людьми. Неконтрольований гнів, емоційне відчуження та нездатність на належному рівні комунікувати з представниками соціальних інститутів влади – все це переобтяжує стосунки між людьми, котрі зазнали травм, а також тими, хто перетинається з ними в житті. У результаті цього актуальності набуває групова психотерапія [23]. З нею погоджувалися у 8 разів частіше комбатанти, аніж

**Розподіл відповідей учасників АТО щодо їхнього ставлення до
психологічної допомоги**

Запитання анкети	Кількість учасників АТО з бойовим досвідом (n = 69) абс (%)	Кількість учасників АТО без бойового досвіду (n = 119) абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
1	2	3	4	5	6
Чи потрібна психологічна допомога? Ні (n = 88)	90 (51,1)	86 (48,9)	3,314 (1,718-6,165)	14,837	0,001
Чи потрібна психологічна допомога? Так (n = 100)	48 (24,0)	152 (76,0)			
Чи потрібне психологічне навчання? Ні (n = 93)	78 (41,9)	130 (68,4)	1,565 (0,861-2,844)	2,170	0,093
Чи потрібне психологічне навчання? Так (n = 95)	60 (31,6)	130 (68,4)			
Примусова психологічна реабілітація. Ні (n = 115)	84 (36,5)	146 (63,5)	1,020 (0,555-1,874)	0,004	0,535
Примусова психологічна реабілітація. Так (n = 73)	54 (37,0)	92 (63,0)			
Підготовка до мирного життя. Ні (n = 83)	56 (33,7)	110 (66,3)	0,795 (0,436-1,449)	0,563	0,275
Підготовка до мирного життя. Так (n = 105)	82 (39,0)	128 (61,0)			
Обов'язкова психологічна реабілітація. Ні (n = 72)	52 (36,1)	92 (63,9)	0,960 (0,521-1,768)	0,018	0,511
Обов'язкова психологічна реабілітація. Так (n = 116)	86 (37,1)	146 (62,9)			
Психологічна реабілітація для потребуючих. Ні (n = 82)	86 (52,4)	78 (47,6)	3,393 (1,826-6,302)	15,503	0,001
Психологічна реабілітація для потребуючих. Так (n = 106)	52 (24,5)	160 (75,5)			
Робота з сім'ями. Ні (n = 69)	100 (72,5)	38 (27,5)	13,850 (6,736-28,479)	60,009	0,001
Робота з сім'ями. Так (n = 119)	38 (16,0)	200 (84,0)			
Групи спілкування. Ні (n = 100)	114 (57,0)	86 (43,0)	8,395 (4,061-17,355)	37,887	0,001
Групи спілкування. Так (n = 88)	24 (13,6)	152 (86,4)			

Продовження таблиці 4.20

1	2	3	4	5	6
Чи знаєте Ви про можливість реабілітації? Ні (n = 90)	50 (27,8)	130 (72,2)	0,472 (0,257-0,868)	5,919	0,011
Чи знаєте Ви про можливість реабілітації? Так (n = 98)	88 (44,9)	109 (55,1)			
Чи знаєте, хто такий психолог? Ні (n = 82)	66 (40,2)	98 (59,8)	1,310 (0,721-2,379)	0,785	0,231
Чи знаєте, хто такий психолог? Так (n = 106)	72 (34,0)	140 (66,0)			
Чи необхідна посада психолога? Ні (n = 92)	66 (35,9)	118 (64,1)	0,932 (0,515-1,688)	0,054	0,468
Чи необхідна посада психолога? Так (n = 96)	72 (37,5)	120 (62,5)			

військовослужбовці, що не володіють бойовим досвідом (ВШ 8,395 [95% ДІ (4,061-17,355)]), $p < 0,001$. Напевне, учасники АТО більш безпечно почувають себе серед таких же військових, бо відчують порозуміння через такі ж переживання та досвід. Під час подібних зустрічей особа втрачає свою «унікальність» та відчуває, що вона така не одна. І це відчуття надає можливість більш легко пережити спогади минулого, забезпечує безпечну сприйнятливність оточення, а також зменшує рівень тривожності, характерний цим бійцям [134]. Про змогу реабілітації знали на 50,0 % менше бійців, у котрих був визначений діагноз, ніж здорових (ВШ 0,472 [95% ДІ (0,257-0,868)]), $p = 0,011$. Такі результати здійсненого опитування дають змогу планувати наступні інтервенції стосовно санітарно-просвітницької роботи серед учасників АТО.

Одночасно з опитуванням бійців було проведено анкетування лікарів, які безпосередньо працювали з учасниками АТО в госпіталі. Контингент пацієнтів змінився, адже до 2014 року в госпіталі перебували ветерани Другої світової війни, а це були люди похилого віку, які мали проблеми зі здоров'ям відповідно до своїх років. Натомість ветерани АТО щойно пережили жакіття війни й поверталися в мирне життя з багажем психічного перенавантаження. Ніхто краще, ніж лікарі, не міг би оцінити важливість надання психологічної допомоги, тому подібні запитання було поставлено медичному персоналу.

Ми поставили запитання стосовно потреби психологічної підтримки учасників АТО, котрі відбували реабілітацію в госпіталі, всі відповіді (100%) отримали схвальні (табл. 4.21). Трохи різнилися точки зору лікарів стосовно примусової реабілітації: троє (12,0 %) не погодилися з її використанням та один (4,0 %) висловився проти обов'язкової психологічної реабілітації.

Таблиця 4.21

Результати відповідей лікарів, які працюють з учасниками АТО, про необхідність їхньої психологічної підтримки

Запитання	Відповіді абс., (%)
1	2
Як Ви вважаєте, чи потрібна психологічна допомога учасникам АТО? (Так)	25 (100)
На вашу думку, чи потрібне психологічне навчання? (Так)	25 (100)
Як Ви ставитесь до примусової психологічної реабілітації? (Так)	22 (88)
Чи має бути підготовка до мирного життя? (Так)	25 (100)
Ваше ставлення до обов'язкової психологічної реабілітації? (Так)	24 (96)
Що Ви думаєте про необхідність психологічної реабілітації для потребуючих? (Так)	25 (100)
Чи вважаєте Ви, що потрібна робота з сім'ями? (Так)	25 (100)
На ваш розсуд, чи мають бути групи спілкування? (Так)	25 (100)
Чи знаєте Ви про можливість реабілітації? (Так)	25 (100)
Чи необхідна посада психолога? (Так)	25 (100)

Наступним блоком запитань до лікарів госпіталю були ті, які вказували на ставлення учасників АТО до лікування. Як видно з таблиці 4.22, найчастіше лікарі обирали часту алкоголізацію й недотримання режиму лікування.

Таблиця 4.22

Відповіді лікарів щодо прихильності лікування учасників АТО

Запитання	Відповіді абс (%)	Ранги відповідей
Часта алкоголізація (Так)	18 (72)	1
Недотримання режиму лікування (Так)	16 (64)	2
Суперечки з медперсоналом (Так)	13 (52)	3
Невиконання призначень лікаря (Так)	10 (40)	4
Відсутність прихильності до лікування (Так)	8 (32)	5

Одним з інтегральних показників оцінки впливу професійного стресу на працівника є рівень «емоційного вигорання» [48]. Таким чином, наступне дослідження пов'язувалося з припущенням, що більш довга робота з пацієнтами-учасниками АТО сприятиме «вигоранню» лікарів, і це засвідчено в наукових джерелах [217]. Дані з таблиці 4.23 підтверджують ймовірну розбіжність у відповідях лікарів, котрі працюють більше 3 років із пацієнтами - учасниками АТО, стосовно частоті алкоголізації, що стає на заваді процесу лікування бійців.

Таблиця 4.23

Розподіл відповідей лікарів з різним стажем роботи щодо прихильності лікування учасників АТО

Запитання	Стаж роботи лікарів		Відношення шансів (ДІ 95%)	p
	Більше 3-х років абс (%)	Менше 3-х років абс (%)		
1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Як Ви ставитесь до примусової психологічної реабілітації? (Так)	17 (77,3)	5 (22,7)	0,588 (0,044-7,914)	0,579
Як Ви ставитесь до примусової психологічної реабілітації? (Ні)	2 (66,7)	1 (33,3)		
Ваше ставлення до обов'язкової психологічної реабілітації? (Так)	18 (75,0)	6 (25,0)	1,333 (1,058-1,680)	0,760
Ваше ставлення до обов'язкової психологічної реабілітації? (Ні)	1 (100)	0 (0,0)		
Відсутність прихильності до лікування (Так)	8 (100)	0 (0,0)	0,647 (0,455-0,919)	0,070
Відсутність прихильності до лікування (Ні)	11 (64,7)	6 (35,3)		
Невиконання призначень лікаря (Так)	9 (90,0)	1 (10,0)	0,222 (0,022-2,280)	0,198
Невиконання призначень лікаря (Ні)	10 (66,7)	5 (33,3)		
Недотримання режиму лікування (Так)	14 (87,5)	2 (12,5)	0,179 (0,025-1,294)	0,097
Недотримання режиму лікування (Ні)	5 (55,6)	4 (44,4)		
Суперечки з медперсоналом (Так)	10 (76,9)	3 (23,1)	0,900 (0,143-5,646)	0,637
Суперечки з медперсоналом (Ні)	9 (75,0)	3 (25,0)		
Часта алкоголізація (Так)	16 (88,9)	2 (11,1)	3,094 (1,232-4,764)	0,032
Часта алкоголізація (Ні)	3 (42,9)	4 (57,1)		

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. Визначені соціальні й демографічні фактори, які асоціюються з показниками психоемоційного стану учасників АТО: відчуття збудливості та дратівливості в 1,8 рази частіше трапляється в чоловіків (ВШ 1,8 [95% ДІ (1,585-

13,098))), ($p < 0,001$); безробітні частіше відчують апатію, ніж ті, хто працює, в 4 рази (ВШ 4,464 [95% ДІ (1,709-11,665)]), ($p = 0,002$); кращий сон у тих, які не працюють, ніж у працюючих (ВШ 0,469 [95% ДІ (0,254-0,868)]), ($p < 0,001$); ризики відчуття «грудки в горлі» підвищуються на 10,0 % у жінок (ВШ 0,90 [95% ДІ (0,502-1,632)]), ($p = 0,011$); одружені в 5,4 рази частіше мали такий прояв як «грудка в горлі», ВШ 5,4 [95% ДІ (2,226-13,098)]), ($p < 0,001$).

2. Установлено значущі розбіжності за Міссісіпською шкалою між рівнем депресії та тривоги в добровольців і мобілізованих: у добровольців рівень ПТСР становив $73,81 \pm 5,5$, а в мобілізованих $-62,52 \pm 2,9$ ($p = 0,050$); у бійців, які проживають самотньо, рівень ПТСР склав $72,87 \pm 5,3$, а в тих, які проживають із родиною, $-62,32 \pm 2,5$ ($p = 0,049$). За шкалою депресії Бека, у тих, хто проживає один, рівень депресії $-11,57 \pm 2,0$ проти тих, хто живе з родиною, рівень депресії $-6,71 \pm 0,8$ ($p = 0,010$).

3. За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень ситуативної тривожності в учасників АТО наступний: $41,63 \pm 1,6$ у самотніх проти $36,29 \pm 1,1$ у тих, хто проживає з родиною ($p = 0,012$); рівень особистісної тривожності $50,72 \pm 1,2$ у самотніх проти $45,25 \pm 0,9$ в осіб, які живуть із родиною ($p = 0,002$).

4. З'ясовано значущі шанси появи ПТСР, асоційовані з цінностями, які було стратифіковано на групи: 1) цінності адаптації: шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не обрав своєю цінністю: здоров'язберігаючі орієнтири: здоров'я – у 2,7 рази (ВШ 2,171 [95%ДІ (0,970-4,863)]); мир – у 3,9 рази (ВШ 3,977 [95%ДІ (1,448-10,922)]); радість – у 4,8 рази (ВШ 4,857 [95%ДІ (1,776-13,379)]). Шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю терпіння – на 71,0 % (ВШ 0,295 [95%ДІ (0,106-0,816)]). 2) цінності соціалізації: шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не обрав своєю цінністю сім'ю – у 3,5 рази, ВШ 3,550 (95%ДІ (1,549-8,139)). Шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю: усамітнення – на 88,0 % (ВШ 0,124 [95%ДІ (0,043-0,358)]); рівність – на 66,5 % (ВШ 0,345 [95%ДІ (0,127-0,936)]).

5. Виявлено, що підвищення шансів виникнення ПТСР асоційовано з: емоційним насильством – у 5 разів (ВШ 4,876[95% ДІ (2,867-8,294)]), $p < 0,001$; фізичним насильством – у 7 разів (ВШ 6,726 [95% ДІ (3,854-11,739)]), $p < 0,001$; домашнім насильством – у 4 рази (ВШ 4,421 [95% ДІ (2,644-7,391)]), $p < 0,001$; неблагополучними родинами, де хтось із членів сім'ї вживав наркотики, – в 2 рази (ВШ 2,203[95% ДІ (1,326-3,660)]), $p = 0,013$; депресією в батьків – у 11 разів (ВШ 11,118 [95% ДІ (4,883-25,314)]), $p < 0,001$.

6. Доведено, що кумулятивний ризик виникнення ПТСР під час перебування в АТО підвищувався з 10 місяця під дією таких факторів: самотність учасника АТО: $\exp(\beta)$ 2,240 ($p=0,033$); фактори фізичного й домашнього насильства: $\exp(\beta)$ 2,983 ($p<0,001$), $\exp(\beta)$ 2,890 ($p<0,001$) відповідно; депресія в когось із батьків: $\exp(\beta)$ 3,352 рази ($p=0,002$).

7. Встановлено, що 100,0 % лікарів підтримали необхідність психологічної реабілітації учасників АТО; ветерани з бойовим стажем у 14 разів частіше, ніж із мирним, запевняли в необхідності роботи психолога з родинами (ВШ 13,850 [95% ДІ (6,736-28,479)]), $p < 0,001$.

Результати дослідження, викладені в даному розділі, представлені в наступних публікаціях автора:

1. Гавловський О. Д. Аналіз показників пролікованих учасників операції об'єднаних сил серед населення Кременчуцького району Полтавської області. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 2 (151). С. 220-222.

2. Голованова І. А., Касинець С. С., Гавловський О. Д. Особливості розподілу первинно визнаних інвалідами учасників антитерористичної операції за період 2016 – 2018 рр. Український журнал з проблем медицини праці. 2019.Vol. 15 (4). С. 307 – 311.

3. Holovanova I.A., Havlovskiy O. D. Gender and social factors as predictors for the development of disorders of the autonomic nervous system in

veterans of the antiterrorist operation. *Проблеми екології та медицини*. 2021. Т. 25, №1. С. 36-40

4. Zhdan V. M., Holovanova I. A., Havlovskyi O. D., Bielikova I. V. The role of adverse children's experience in the development of psychological disorders among participants in anti-terrorism operation. *Wiadomości Lekarskie*. 2021, tom LXXIV, № 6. S. 1326-1330.

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ МЕДИЧНОЇ, ФІЗИЧНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ Й СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В УКРАЇНІ

У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зафіксовано, що реабілітація – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, орієнтованих на те, щоб надавати людям допомогу з відновлення та компенсації порушених чи втрачених функцій організму з метою досягнення та підтримки соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в соціум, та, крім того, забезпечення осіб, що мають інвалідність, технічними й іншими засобами реабілітації, а також виробами медичного призначення. Відповідно до Закону, реабілітаційні послуги визначаються як послуги, орієнтовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та соціального рівня життєдіяльності особи для підтримки її інтеграції в соціум [198].

Однак, у цьому документі регламент поширювався лише на осіб з інвалідністю, а внаслідок збройного конфлікту в 2014 році з'явилися нові вимоги, яким цей Закон не відповідав. Стадії реабілітаційного процесу – гострого, підгострого й довготривалого – не було враховано. Закон у редакції 2005 року не був спрямований на комплексну систему реабілітації, а радше – на забезпечення певного пакета соціальних гарантій [59].

Отже, потреба в змінах до Закону була гостро актуальною. Тому 23 липня 2014 року Закон доповнили категоріями осіб, які могли потребувати реабілітаційних послуг. Із певними модифікаціями нині Закон поширюється на 16 додаткових категорій:

- військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних): Збройних сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби

зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовців військових прокуратур;

- осіб рядового й начальницького складу підрозділів оперативного забезпечення зон проведення антитерористичної операції центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну податкову політику, державну політику у сфері державної митної справи;

- поліцейських, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців Міністерства внутрішніх справ України,

- Управління державної охорони України;

- Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України;

- Державної служби України з надзвичайних ситуацій;

- Державної пенітенціарної служби України;

- інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України і брали безпосередню участь у антитерористичній операції, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції в період її проведення, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі й стримуванні збройної агресії Російської Федерації в Донецькій і Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та в період здійснення зазначених заходів;

- працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, перебуваючи безпосередньо в районах і в період її проведення, у забезпеченні здійснення заходів із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі й стримуванні збройної агресії Російської Федерації в Донецькій і Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах і в період здійснення зазначених заходів;

- мирних громадян, які проживали в районах проведення антитерористичної операції, у районах здійснення заходів із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі й стримування збройної агресії російської федерації в Донецькій і Луганській областях, за умови, якщо такими особами не вчинено кримінальних правопорушень, у частині забезпечення їх виробами медичного призначення, технічними й іншими засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації, санаторно-курортним оздоровленням на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від установлення їм інвалідності.

Водночас відповідно до Указу Президента України визначено лікування та реабілітацію учасників бойових дій у закладах охорони здоров'я для інвалідів і ветеранів Великої Вітчизняної війни [201]. Відповідно до Наказу МОЗ України [169], госпіталі ветеранів війни переформатували в регіональні центри надання реабілітаційної допомоги учасникам АТО, а Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни – в координаційний центр з організаційно-методичного забезпечення госпіталів ветеранів війни реабілітації учасників АТО.

Складність виконання вимог нормативної бази щодо реабілітаційних послуг цим категоріям населення, які зазначені в законі, зумовлена розпорошеністю її виконавців між кількома міністерствами, що через відсутність координації призводить до порушення цілісності реабілітаційного процесу.

Фізична, психічна, соціальна реабілітація учасників АТО в Україні організована відомчими госпіталями, санаторіями й іншими лікувальними закладами (Міністерства Збройних сил, Міністерства внутрішніх справ, Національної гвардії України, Держприкордон служби, Служби безпеки України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України тощо), лікувальними закладами Міністерства охорони здоров'я, установами Національної медичної академії України; проводиться Міністерством ветеранів, Міністерством соціальної політики України й Фондом соціального страхування

України, громадськими, благодійними, волонтерськими, релігійними організаціями України. Реабілітація має проводитися мультидисциплінарною бригадою, склад якої залежить від стану постраждалого. Зазвичай до бригади входять лікар-спеціаліст, медсестра, кінезітерапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, пацієнт, члени його сім'ї або особи, які доглядають за пацієнтом.

5.1. Організація медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації в Україні

Спираючись на те, що результатами дослідження встановлено збільшення контингенту ветеранів війни, УБД, збільшення чисельності інвалідів третьої групи внаслідок військових подій, переважання в структурі розладів психіки та поведінки посттравматичних проявів стресового впливу, актуальною проблемою в роботі з цим контингентом осіб є питання реабілітації й реадаптації учасників АТО/ООС.

Одним із основних регламентуючих нормативних документів щодо цих питань стала Постанова Кабінету Міністрів України №1021 від 5 грудня 2018 р., якою було затверджено Державну цільову програму з медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реадаптації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників АТО й осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі й стримуванні збройної агресії російської федерації в Донецькій і Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2023 року [174, 198].

Нормативними документами визначено перелік фахівців медичної реабілітації, це лікарі: психологи, терапевти, травматологи, невропатологи, хірурги чи інші спеціалісти (залежно від характеру захворювань осіб, які підлягають реабілітації), медичні сестри [15].

Засоби, що використовуються в медичній реабілітації, різноманітні й нерівноцінні на різних етапах реабілітації. Медичну реабілітацію найчастіше починають з активного лікування, де переважає патогенетична медикаментозна

терапія чи хірургічне лікування, спрямовані на ліквідацію чи зниження активності патологічного процесу. Лікування поступово замінюється підтримувальною фармакотерапією й різними засобами немедикаментозної терапії. Роль немедикаментозних засобів реабілітації поступово зростає на наступних етапах реабілітації задля прискорення одужання, досягнення тривалої ремісії, відновлення працездатності, запобігання інвалідності, повернення хворого в суспільство [32].

Так, наприклад, було проведено дослідження щодо впливу рефлексотерапії на полегшення болю в постраждалих унаслідок бойових дій. Дослідження показали, що вплив цього методу на 43,0 % знижує інтенсивність болю [342].

Але основні принципи реабілітації закладені в процес надання медичної допомоги, а саме після закінчення основного лікування:

- ранній початок;
- безперервність;
- послідовність;
- наступність;
- повнота надання медичної допомоги хворим;
- індивідуальний підхід;
- програмування відновного лікування.

Медичну реабілітацію пацієнтам призначають після того, як завершився гострий період захворювання у випадку існування обмежень життєдіяльності та здійснення трудової діяльності. Медичною реабілітацією вважається система лікувальних заходів, орієнтованих на відновлення порушених або втрачених функцій організму людини, на встановлення та посилення компенсаторного потенціалу організму для гарантування умов для того, щоб людина могла повернутися до нормальної життєдіяльності, на запобігання ускладнень та рецидивів захворювання [198].

І. М. Гайда у своїй моделі медичної реабілітації УБД на регіональному рівні визначає дві основні функції: інтеграційна – сформувати нові функціональні взаємозв'язки між лікувально-профілактичними закладами МО

України, лікувально-профілактичними закладами МОЗ України й закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок оптимальнішого спільного застосування наявних людських, матеріально-технічних і економічних ресурсів; координаційна – забезпечити скоординовану і злагоджену взаємодію всіх ланок (елементів організаційної моделі шляхом установлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними) [34].

Основними завданнями запропонованої інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні визначено такі:

- покращення медико-соціального обслуговування військовослужбовців-учасників бойових дій шляхом інтеграції й координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України, лікувально-профілактичними закладами МОЗ України й закладами соціального захисту населення;

- покращення виявлення учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги й передача цих даних у територіальні центри соціального захисту шляхом створення медичного реєстру учасників бойових дій;

- покращення проведення медичної й соціальної реабілітації учасників бойових дій на всіх етапах медичної реабілітації;

- упровадження в практику лікувально-профілактичних заходів МО України сучасних методів і методик реабілітаційно-відновного лікування й аналіз їхньої ефективності.

Таким чином, відповідно до визначення автора, найоптимальнішою вважається інтеграційно-координаційна модель реабілітації військовослужбовців, яка передбачає три етапи:

I етап – стаціонарний (госпітальний) етап реабілітації;

II етап – санаторно-курортний етап реабілітації;

III етап – амбулаторний етап реабілітації.

Стаціонарний (госпітальний) етап: особливістю реабілітації є те, що всі її види тісно пов'язані між собою й на стаціонарному етапі вже починається застосування і психологічного, соціального, і фізичного відновлення [34, 111].

Але в цій моделі не враховано формування на основі соматичної патології психологічних відхилень, які можуть призвести до стресасоційованих психічних розладів.

У разі встановлення випадків стійкої втрати працездатності здійснюють оформлення відповідного пакета документів для того, щоб провести МСЕК, зокрема й напрацьовують персональні програми реабілітації особи з інвалідністю.

Фізичною реабілітацією є система заходів, орієнтованих на розробку та використання низки фізичних вправ на різних стадіях лікування та реабілітації, які гарантують функціональне відновлення особи, виявляють та розвивають резервні й компенсаторні змоги організму через розробку нових рухів, компенсаторних навичок, застосування технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення [198].

Під фізичну реабілітацію підпадають хворі, які мають травми та конформації опорно-рухового апарату, серцево-судинні, неврологічні та психічні хвороби; набуті та вроджені дефекти; після хірургічних втручань; інфекційні та хронічні хвороби та, в цілому, ті особи, котрим потрібна послідовна адаптація до фізичних і психічних навантажень професійного та побутового плану, роботи, що має менший обсяг навантажень або потребує перекваліфікації, розвитку навичок самообслуговування, вироблення постійної компенсації у випадку незворотних змін [106].

У попередньому підрозділі нами було показано, що в структурі інвалідності учасників АТО перше місце посідають захворювання внаслідок травматичних ушкоджень. Матяш М. М. зі співавторами виявив аналогічну картину [113].

Травматичні ушкодження можуть бути як унаслідок вогнепальних поранень, так і захворювань опорно-рухової системи внаслідок тривалого

носіння зброї, броньованого жилета, вимушеного положення тіла й несприятливих погодних умов. Особливо небезпечні вогнепальні поранення, які можуть призводити до ампутації кінцівок. Тривала гіпокінезія кінцівки або її сегмента, пов'язана з оперативним утручанням і подальшою іммобілізацією, спричиняє вторинні атрофічно-дистрофічні зміни в тканинах, такі як гіпотрофія м'язів, внутрішньо-суглобні спайки, зрощення, зморщування синовіальної оболонки і зв'язок, атрофія хряща, остеопороз кісток із подальшою деструкцією суглобових поверхонь [157, 158].

Надання медичної допомоги складається з 4-х етапів: надання первинної хірургічної допомоги з якісним транспортуванням пораненого в ЗОЗ; на другому етапі заходи спрямовані на загоєння рани й формування кісткової мозолі; третій передбачає реабілітацію, у т.ч. і фізичну [144, 157].

Основні завдання фізичної реабілітації: функціональне відновлення (повне або компенсація в разі недостатнього відновлення чи його відсутності); пристосування до повсякденного життя і праці; залучення до трудового процесу; диспансерний нагляд за реабілітованими [106].

З огляду на те, що в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» цільовою аудиторією вважається все населення України, а учасників АТО не було враховано, видано Указ Президента від 18 березня 2015 р. № 150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» [171]. Відповідно до цього нормативного документу, гарантується залучення фахівців із фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу учасників АТО в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, де проводиться реабілітація учасників АТО.

Фізична реабілітація передбачає такі заходи, як лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, працетерапія, кінезотерапія, егротерапія, консультації фахівців, мануальна терапія, рефлексотерапія, фітотерапія, гомеопатична терапія, ароматерапія, природні фізичні фактори, загартування.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України [191], встановлено Порядок проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників АТО й осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі й стримування збройної агресії російської федерації в Донецькій і Луганській областях. Цим документом чітко регламентовані мета, завдання й види послуг із психологічної реабілітації.

Мета психологічної реабілітації:

- 1) збереження або відновлення фізичного і психічного здоров'я отримувачів послуг;
- 2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;
- 3) зниження частоти й тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;
- 4) запобігання інвалідності;
- 5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основні завдання проведення психологічної реабілітації:

- 1) діагностика й нормалізація психічних функцій отримувача послуг;
- 2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їх вираженості;
- 3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;
- 4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних відносин у сім'ї й суспільстві;
- 5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;
- 6) опанування методів саморегуляції й керування стресом (заспокоєння);
- 7) запобігання психологічному травмуванню і психічним розладам;
- 8) проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;
- 9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя і професійну діяльність.

Психологічна реабілітація передбачає надання таких послуг:

- 1) психологічна діагностика - оцінка актуального психологічного стану й індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреби й оптимальних методів психологічної реабілітації;
- 2) психологічна просвіта й інформування - інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей у екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самопомоги й першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності й бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;
- 3) психологічне консультування - комплекс короткострокових заходів, які виконуються психологом і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги в прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості й зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;
- 4) психологічна підтримка і супровід - система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в процесі відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності й адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникненню психологічних кризових станів;
- 5) психотерапія - використання методів психологічного впливу для розв'язання особистісних і міжособистісних проблем із застосуванням стандартизованих процедур у індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг із метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних якостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя;

6) групова робота - проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти й інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду й пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання й саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій [4].

З початком війни на Сході держави постали нові виклики для системи соціально-психологічної реабілітації в Україні. Актуальності набуло питання наступної соціальної адаптації колишніх військовослужбовців до мирного життя.

Щоб реалізувати ці заходи, 31 березня 2015 року було ухвалене Розпорядження Кабінету Міністрів України [180]. Воно стало головним документом, орієнтованим, зокрема, на формування системи професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників російсько-української війни.

Крім цього, Постановою Кабінету Міністрів України [190] затверджено Порядок організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції.

Соціальна адаптація передбачає надання таких послуг:

- 1) допомога в проведенні аналізу життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх розв'язання;
- 2) надання інформації з питань соціального захисту населення; навчання, формування й розвиток соціальних навичок, умінь;
- 3) допомагає зміцненні/відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків, організації денної зайнятості й дозвілля;
- 4) анкетування з метою виявлення потреб для ефективнішої соціальної адаптації;
- 5) допомога в зборі необхідного пакета документів для оформлення соціальних пільг;
- 6) оформлення офіційних запитів до державних установ;

- 7) консультації щодо оформлення статусу учасника бойових дій, інваліда війни й статусу добровольця;
- 8) допомога у відновленні втрачених документів;
- 9) консультації щодо санаторно-курортного лікування й дитячого відпочинку;
- 10) роз'яснення щодо отримання вищої та спеціально-технічної освіти і співпраця з освітніми закладами;
- 11) консультації й інформування щодо працевлаштування;
- 12) консультації щодо відкриття й ведення власної справи;
- 13) соціальний супровід;
- 14) співпраця з громадськими й релігійними організаціями, ветеранськими спілками.

Соціальна адаптація військовослужбовців вважається широким поняттям, котре містить декілька складових: психологічну складову, правову - оволодіння юридичними нормами, що регламентують статус УБД, його прав і можливостей, професійну складову - удосконалення вмінь і навичок або засвоєння нових професійних знань, подальше успішне працевлаштування.

У супроводженні учасників бойових дій соціальними послугами також використовуються дорожні карти, розроблені Міністерством соціальної політики [149]:

- “Дорожня карта щодо забезпечення санаторно-курортним лікуванням учасників антитерористичної операції”;
- “Дорожня карта щодо забезпечення учасників АТО психологічною реабілітацією”;
- “Дорожня карта щодо забезпечення учасників АТО соціальною та професійною адаптацією”;
- “Дорожня карта щодо забезпечення учасника АТО технічними та іншими засобами реабілітації в Україні”;

- “Дорожня карта щодо протезування (ортезування) учасника АТО виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні”.

5.2. Розподіл завдань законодавчої бази між центральними органами виконавчої влади щодо учасників АТО

5.2.1. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством охорони здоров’я

Відповідно до вимог Протокольного рішення селекторної наради Міністерства охорони здоров’я України від 15 жовтня 2014 року щодо забезпечення належної медичної допомоги в госпіталях інвалідів (ветеранів) війни, проведення заходів реабілітації пораненим у зоні АТО, Указу Президента України від 14 листопада 2014 року № 880/2014 «Про Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року», доручення Секретаріату Кабінету Міністрів України від 24.11.2014 р. № 42513/1/1-14 щодо виконання пункту 9 Протокольного рішення Адміністрації Президента України стосовно соціальної реабілітації учасників антитерористичної операції на Сході України та протезування осіб, постраждалих під час АТО, згідно з дорученням КМУ від 22.09.2014 року № 35463/1/1-14 на виконання Протокольного рішення Адміністрації Президента України від 18.09.2014 року № 03/1-01/347 за підсумками наради, що відбулася 16 вересня 2014 року, міжвідомчих робочих нарад від 30.09.2014 року і 01.10.2014 року, 27.08.2015 року щодо питань надання медичної та психологічної реабілітаційної допомоги учасникам АТО в госпіталях ветеранів війни України, Указу Президента України від 19 березня 2015 року № 150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» обласні госпіталі ветеранів війни затверджено територіальними центрами реабілітації учасників АТО, а Львівський обласний госпіталь інвалідів війни й Київський міський клінічний шпиталь ветеранів війни

визначено головними базами реабілітації спинальних хворих. Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни МОЗ України призначено координаційним центром щодо організаційно-методичного забезпечення надання медичної та реабілітаційної допомоги учасникам АТО [67, 171, 200].

У КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» з метою покращення матеріально-технічного забезпечення закладу і на виконання Постанови КМУ від 24 травня 2017 р. № 482 відкрито Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми. Матеріальна база закладу дозволяє проводити діагностику, надавати висококваліфіковану медичну допомогу, а також медичну, психологічну, психосоматичну й соціальну реабілітацію учасникам АТО й особам, які постраждали внаслідок бойових дій на Сході України [186].

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я від 19.06.2015 року, погоджено План заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО [181].

На території України результативно діє мережа госпіталів ветеранів війни. У госпіталях сформована новітня лікувальна та матеріально-технічна база, що нараховує 8,5 тисяч ліжок в усіх областях України. Госпіталі цілком укомплектовані кваліфікованим персоналом, у котрого є достатній досвід роботи з реабілітації УБД.

Робота госпіталів затверджена Законом України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту". Частину першу статті 6 названого Закону доповнено пунктом 19, де зауважується, що до осіб, котрі належать до учасників бойових дій, належать, крім того: військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) й працівники Збройних сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших сформованих згідно

із законами України військових формувань, котрі захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України та брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції, а також працівники підприємств, установ, організацій, які залучалися і брали безпосередню участь у антитерористичній операції в районах її проведення в порядку, визначеному законодавством.

Медична, психолого-психіатрична, фізична, елементи соціально-побутової реабілітації, а також підготовка до протезування проводяться в госпіталях для ветеранів [67, 200].

1. Медична реабілітація охоплює:
 - a. Відновну терапію:
 - i. фізіотерапія;
 - ii. механотерапія;
 - iii. рефлексотерапія;
 - iv. бальнеотерапія;
 - v. медикаментозне лікування;
 - vi. нетрадиційні методи лікування;
 - vii. інше;
 - b. Відновну хірургію (у разі необхідності – із залученням спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України):
 - i. реконструктивна хірургія;
 - ii. пластична хірургія;
 - iii. інше;
 - c. Стоматологічне протезування;
 - d. Підготовка до протезування, ортезування;
2. Фізична реабілітація забезпечує послуги з:
 - a. ерготерапії (працею);
 - b. кінезотерапії (рухом);
 - c. ЛФК;

- d. масажу;
- 3. Психолого-психіатрична реабілітація охоплює послуги з:
 - a. консультування;
 - b. психологічної діагностики;
 - c. психологічної корекції;
 - d. психотерапії;
 - e. психіатричної допомоги, у тому числі медикаментозної;
- 4. Соціально-побутова реабілітація проводиться в межах можливостей лікувального закладу з елементами: розвитку навичок самообслуговування, пересування, орієнтування, спілкування, користування інформацією (у разі необхідності – із залученням фахівців із соціальної реабілітації Міністерства соціальної політики України).

Ці заходи спрямовані на: розвиток медико-соціальної реабілітації постраждалих від бойових дій у сучасних умовах; виконання індивідуальних програм реабілітації для учасників АТО; покращення контролю за здійсненням реабілітації учасниками АТО; раціональне використання кадрових і матеріальних ресурсів госпіталів ветеранів війни, їхньої спеціалізації й розширення відповідно до потреб часу; залучення до реабілітаційного процесу спеціалістів інших закладів різного підпорядкування в разі необхідності; створення сучасної інформаційно-аналітичної бази по контингенту пацієнтів-учасників АТО, їхніх потреб у реабілітації та її результатів [2].

5.2.2. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством Збройних сил України

Медичне забезпечення особового складу Збройних сил України, ветеранів військової служби, ветеранів війни та інших категорій населення, котрим на рівні законодавства забезпечується право на безоплатне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України, - один зі значущих компонентів їхнього соціального захисту.

У Воєнно-медичній доктрині України сказано, що система медичного забезпечення Збройних сил України і на мирний час, і на особливий період сформована й побудована за територіальним принципом, оптимальна за структурою й чисельністю, відповідає завданням, які на неї покладаються в різних варіантах застосування Збройних сил України, ураховує організаційний досвід іноземних держав із розвиненою воєнною організацією.

У закладах охорони здоров'я в системі Міністерства Збройних сил України (військово-медичних клінічних центрах регіонів, військових госпіталів і санаторно-курортних закладах) проводяться заходи щодо лікування, медичної й медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

Щоб забезпечувати медичною допомогою військовослужбовців, пенсіонерів МО, членів їхніх родин, працівників Збройних сил України, до складу медичної служби Збройних сил України належать: Національний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" (м. Київ), чотири Військово-медичні клінічні центри регіонів (Одеса, Львів, Харків, Вінниця), Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗС України (Ірпінь), 15 військових госпіталів, 4 військові мобільні госпіталі по 100 ліжок кожний, які на цей час виконують завдання за призначенням у зоні проведення ООС на Сході України, загальна ліжкова місткість складає 6550 ліжок. Крім того, є 2 поліклініки, з яких одна – стоматологічна (Київ) із денним стаціонаром (Івано-Франківськ).

У військово-медичних клінічних центрах створено спеціалізовані й високоспеціалізовані клініки (відділення), чітко визначено підпорядкованість військових госпіталів, зони відповідальності за надання медичної допомоги. Триває вдосконалення їхньої матеріально-технічної бази, упроваджуються новітні лікувально-діагностичні методики й медичні технології: кардіосудинна хірургія, мікроінвазивна й ендоскопічна хірургія, новітні технології в лікуванні хвороб ока, ЛОР-органів, щелепно-лицевої хірургії, стоматології, нейрохірургії, травматології та ін. Це дозволило суттєво підвищити рівень медичного обслуговування учасників АТО.

Щорічно у військових лікувальних закладах проходять стаціонарне лікування понад 170 тисяч осіб, амбулаторно-поліклінічне – близько 1 500,0 тис. осіб, серед яких понад 50,0 % – військовослужбовці, 25,0 % – військові пенсіонери, решта – члени сімей військовослужбовців та інші.

Для підсилення роботи медичної служби військових формувань, а також цивільних лікувальних закладів узоні проведення АТО залучено сили й засоби закладів охорони здоров'я в системі Міністерства Збройних сил України.

Щоб здійснювати медичну реабілітацію військовослужбовців, сформовані реабілітаційні центри (відділення) у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону (Львів) - для спинальних поранених, у Військово-медичному клінічному центрі професійної патології особового складу Збройних сил України (Ірпінь) - для пацієнтів, що мають поранення опорно-рухового апарату (з ампутованими кінцівками), та психоневрологічних хворих, у Старокостянтинівському військовому госпіталі - психоневрологічний реабілітаційний центр. У кожному санаторно-курортному закладі організовано реабілітаційні відділення (Трускавець, Хмільник, Пуща-Водиця).

З метою збільшення ліжкової місткості санаторно-курортних закладів, реабілітаційних відділень до сфери управління Військово-медичного департаменту Міністерства Збройних сил України прийнятий Центральний військовий санаторій “Приморський” (м. Приморськ, Запорізька обл.), у Національному військово-медичному клінічному центрі “Головний військовий клінічний госпіталь” відкрито відділення відновлювального лікування (Київ), у Військово-медичному клінічному центрі Південного регіону – санаторне відділення (м. Затока Одеської області).

У 2016 році Верховною Радою України прийнято Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", що передбачає обов'язкову психологічну реабілітацію учасників бойових дій.

Щоб виконати положення зазначеного закону, набула чинності через наказ Міністерства Збройних сил України від 04.14.2016 No·591 Інструкція про

організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації в Збройних силах України; відповідно до наказу Міністерства Збройних сил України від 09.12.2015 №703 ухвалено переліки медичних показань та протипоказань до санаторного лікування, а також медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних сил України, котрими встановлено показання та порядок направлення на медичну й медико-психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних сил України [177, 179].

У Військово-медичних клінічних центрах, військових госпіталях і санаторних закладах Міністерства Збройних сил України створено відділення (кабінети) психологічної реабілітації, для забезпечення роботи яких введено 35 посад психологів, а саме: 9 відділень медико-психологічної реабілітації на базі Військово-медичних клінічних центрів (6) і Центрів медичної реабілітації й санаторного лікування (3), для забезпечення роботи яких введено 35 посад психологів.

Фахівців для названих відділень готують (тематичні курси вдосконалення) на кафедрі військової терапії Української військово-медичної академії, а також за допомогою виїзних циклів, у яких беруть участь спеціалісти ГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" - "Психологічна кризова служба".

Міністерством Збройних сил України залучені фахівці Української спілки психотерапевтів до психологічної та психотерапевтичної підтримки й супроводу військовослужбовців і членів їхніх сімей. Між Військово-медичним департаментом Міністерства Збройних сил України і громадською організацією "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" – "Психологічна кризова служба" – підписано меморандум про співпрацю. До роботи у відділеннях психологічної реабілітації залучаються фахівці громадських організацій.

З метою виконання програми медико-психологічної реабілітації в Українській військово-медичній академії напрацьовали та надрукували

методичні рекомендації "Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України", що стали основою наказу директора Військово-медичного департаменту МО України № 10 від 05.06.2017 р. «Про затвердження клінічних рекомендацій "Щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікувальних та санаторно-курортних закладах Міністерства Збройних сил України" [160].

Разом із Гуманітарним інститутом Національного університету оборони України ім. І. Черняховського підготували до видання науково-практичні посібники "Збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) у відповідності до стандартів країн НАТО" і "Проблеми немедичного вживання психоактивних речовин військовослужбовцями Збройних Сил" [39, 126, 146].

Наявна кількість військово-лікувальних закладів, їхнє оснащення, укомплектованість і рівень професійної підготовки персоналу дозволяють забезпечити на належному рівні надання медичної допомоги, лікування й реабілітацію учасників антитерористичної операції.

Щоб поліпшити надання медичної допомоги учасникам АТО, Кабінет Міністрів України ухвалив Розпорядження від 24 травня 2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції», відповідно до котрого Міністерству Збройних сил України, Міністерству охорони здоров'я України, обласним державним адміністраціям, Національній академії медичних наук України рекомендовано обрати заклади охорони здоров'я, які будуть залучати для того, аби надавати вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу військовослужбовцям Збройних сил, інших сформованих згідно із законами військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового та начальницького складу, а також поліцейським, що задіяні в АТО, і кількість ліжок в названих закладах, які обрані для того, щоб надавати таку допомогу [44].

Згідно з договором Міністерства Збройних сил України з Національною академією медичних наук України, 28 науково-дослідних закладів приєднали до надання високоспеціалізованої медичної допомоги, а також здійснення реабілітації учасникам АТО безоплатно.

За час проведення АТО на Сході України Міністерством Збройних сил України постійно проводиться робота щодо направлення військовослужбовців, учасників АТО, які отримали поранення (травми), на лікування й реабілітацію за кордон.

Для вирішення питань протезування поранених у ході АТО у військово-медичних закладах Міністерства Збройних сил України проводяться належне лікування й підготовка до протезування військовослужбовців, які цього потребують. З питань протезування поранених у ході АТО налагоджена тісна взаємодія і співпраця Військово-медичного департаменту МО України з Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України, Українським державним протезно-ортопедичним підприємством, Харківським НДІ протезування, Державною службою ветеранів і учасників АТО.

5.2.3. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством у справах ветеранів

Міністерство у справах ветеранів України (МСВУ) – центральний орган виконавчої влади, утворений на підставі Постанови Кабінету Міністрів України 28 листопада 2018 року шляхом реорганізації Державної служби України у справах ветеранів. Міністерство створене з метою формування нової нормативної бази щодо соціального захисту ветеранів усіх категорій, спрощення процедур отримання соціальних послуг. МСВУ має свій сайт: <https://mva.gov.ua/ua>, де розміщена необхідна інформація для ветеранів. Структурно міністерство підрозділяється на директорати, кожний із них відповідає за свою сферу. Найбільш важливі з точки зору реабілітації Директорат

соціального забезпечення та підтримки ветеранів і Директорат медичного забезпечення, реабілітації та психічного здоров'я ветеранів.

Директорат соціального забезпечення та підтримки ветеранів здійснює наступні функції: забезпечення соціальної та професійної адаптації ветеранів; призначення й видача посвідчень ветеранам; сприяння працевлаштуванню, розвитку підприємницької діяльності й освіти ветеранів; призначення й проведення виплат; адресне надання пілг ветеранам; реалізація права ветеранів на житло; пенсійне забезпечення ветеранів і військовослужбовців.

Основні завдання Директорату медичного забезпечення, реабілітації та психічного здоров'я ветеранів полягають у формуванні державної політики щодо: медичного забезпечення ветеранів; реабілітації ветеранів; забезпечення санаторно-курортним лікуванням ветеранів; забезпечення психічного здоров'я ветеранів і їхніх сімей; забезпечення ветеранам доступу до належного рівня медичного обслуговування шляхом фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування; запровадження моделі ефективної, швидкої й доступної послуги з медико-соціальної експертизи для ветеранів; координація діяльності Мінветеранів з органами виконавчої влади, до функцій яких належить формування політики у сфері охорони здоров'я.

5.2.4. Нормативно-правове регулювання реабілітації учасників АТО Міністерством соціальної політики України

Постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 2018 р. № 239 [168] внесено зміни до Постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. №149 [187], яка визначала Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо надання соціальної та психологічної допомоги центрами соціально-психологічної реабілітації населення, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України. Цей Порядок визначає механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою “Заходи із психологічної реабілітації, соціальної та професійної

адаптації, забезпечення санаторно-курортним лікуванням із застосуванням сучасних технологій постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції”, для забезпечення функціонування центрів соціально-психологічної реабілітації населення, що належать до сфери управління Державної служби у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. Бюджетні кошти спрямовуються на забезпечення функціонування центрів для виконання заходів щодо надання соціальної та психологічної допомоги.

Регіональні органи соціального захисту населення займаються розподілом коштів між районними органами соціального захисту населення відповідно до кількості учасників АТО та постраждалих учасників Революції Гідності в кожному районі згідно з даними, що надані районними органами соціального захисту населення за інформацією Єдиного державного автоматизованого реєстру осіб, котрі мають право на пільги.

Кількість постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції, котрим в поточному році можуть надати послуги з психологічної реабілітації за бюджетне фінансування, розраховує Служба в контексті областей та м. Києва відповідно до кількості постраждалих учасників АТО і учасників Революції Гідності (за інформацією регіональних органів соціального захисту населення щодо кількості осіб певної категорії, які стоять на обліку в Єдиному державному автоматизованому реєстрі осіб, котрі мають право на пільги) і обсягу бюджетних коштів, що передбачені на відповідний рік.

Облік осіб, які пройшли соціальну і професійну адаптацію, ведеться Державною службою у справах ветеранів війни та учасників АТО за поданням органів соціального захисту населення шляхом внесення відомостей до Єдиного реєстру учасників АТО, учасників АТО й постраждалих учасників Революції Гідності, яким встановлено інвалідність, а також до централізованого банку даних із проблем інвалідності.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057 [192] затверджено Порядок проведення психологічної реабілітації учасників АТО.

Зазначений Порядок окреслює процедуру налагодження здійснення психологічної реабілітації учасників АТО структурними підрозділами з питань соціального захисту населення обласних, Київської міської держадміністрацій, районних, районних у м. Києві державних адміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (у випадку їх формування) рад.

Послуги з психологічної реабілітації учасників АТО оплачуються згідно з Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017·р. № 497 [183].

Згідно з пунктами 4 і 6 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників АТО та постраждалих учасників Революції Гідності, що затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017·р. № 497 (зі змінами), та для продуктивного і цільового використання державного фінансування відповідно до бюджетної програми КПКВ 2505150 “Заходи із психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації, забезпечення санаторно-курортним лікуванням із застосуванням сучасних технологій постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції» Міністерством соціальної політики напрацьовано наступні накази:

- наказ від 26.04.2018 № 591 “Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та або учасників Революції Гідності у 2018 році”[170];
- наказ від 27.04.2018 № 597 “Про затвердження вимог до суб’єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів”[173];
- наказ від 27.04.2018 № 598 “Про затвердження примірного договору про надання послуг із психологічної реабілітації”[193].

5.3. Робота Фонду соціального страхування України щодо реабілітації учасників АТО

Застосування медичної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів допомагає якнайшвидше відновити здоров'я й працездатність людини, знизити показник первинної інвалідності, підвищити рівень життєдіяльності, а також скоротити терміни тимчасової непрацездатності.

Відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування за рахунок коштів Фонду соціального страхування України (далі – Фонд) здійснюється оплата лікування осіб, застрахованих за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (далі – застраховані особи) у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів.

Законом України “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування” від 23.09.1999 № 1105-XIV (далі – Закон № 1105) [172] визначено, що для забезпечення відновлення здоров'я застраховані особи мають право на лікування за рахунок коштів Фонду в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм.

Для того, щоб покращити механізм забезпечення права застрахованих осіб на лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів згідно з вимогами Закону №1105 і пункту 3 Постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання соціального захисту застрахованих осіб” від 16.03.2017 №145 [45] Постановою правління Фонду від 13.07.2017 № 39 [189] погоджено «Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України» (далі - Порядок №39) та затверджено Міністерством охорони здоров'я України 23.08.2017 №3.14-19/1146-17/22760 [214].

Відповідно до Порядку №39, що став чинним з 01.01.2018 р., введено новий механізм надання застрахованим особам соціальних послуг з лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм. Зокрема, застраховану особу направлятимуть до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу відповідно до її вибору згідно з медичними показаннями визначеного профілю медичної реабілітації за рекомендацією лікуючого лікаря та при наявності висновку лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я, в якому зазначена особа лікується.

У застрахованої особи, котра безпосередньо брала участь в АТО, є право на лікування (у супроводі членів сім'ї: чоловік/дружина, неповнолітні діти) в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу за профілем «медико-психологічна реабілітація» за рахунок коштів Фонду один раз після демобілізації при наявності належних медичних показань.

5.4. Організація реабілітації в Полтавській області

У Полтавській області організація реабілітації проводиться на підставі наказу директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА «Про організацію проведення лікування та реабілітації учасників антитерористичної операції в госпіталях для інвалідів війни області» від 17.04.2015 року № 430, «Про створення Центрів психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та ветеранів війни» від 29.02.2016 року № 156, від 08.05.2018 року № 457 «Про створення мережі психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та інших категорій населення на базі лікувально-профілактичних закладів області». У КЗ «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради», КЗ «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради» створено Центри психосоціальної реабілітації учасників АТО й інших категорій населення з формуванням повноцінних мультидисциплінарних бригад, у КП

«Кременчуцький обласний клінічний шпиталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради» створено реабілітаційне відділення [162, 163 196].

З метою подальшого проведення ефективної психосоціальної реабілітації, соціальної й трудової адаптації учасників АТО, згідно з наказом директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА від 08.05.2018 року № 457 в області проводяться заходи щодо створення мережі психосоціальної реабілітації учасників АТО й інших категорій населення: у кожній ЦРЛ, Лубенській і Горішньоплавнівській міських лікарнях створюються й комплектуються служби психосоціальної реабілітації, а на базі Гадяцької, Лохвицької й Миргородської ЦРЛ будуть створені Центри психосоціальної реабілітації учасників АТО й інших категорій населення з формуванням повноцінних мультидисциплінарних бригад.

Здійснення реабілітаційних заходів учасникам АТО реалізується для:

- скорочення термінів відновлення порушеного здоров'я;
- соціальної адаптації;
- повернення пацієнтів у суспільство.

5.5. Надання санаторно-курортного лікування й спеціалізованої медичної допомоги учасникам АТО в Україні та Полтавській області

Кількість учасників АТО, які отримали санаторно-курортне лікування в Україні, зросла з 2016 по 2018 роки на 36,6 % (табл. 5.1).

Порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням учасників бойових дій та інвалідів війни з числа учасників антитерористичної операції регулюється Постановою Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 200 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням» (зі змінами) [185].

**Динаміка кількості ветеранів війни, які отримали
санаторно-курортне лікування у 2016-2018 роках**

Області України	2016 абс., (%)	2017 абс., (%)	2018 абс., (%)	Темп змін (%)
Вінницька	154(1,59)	760(6,6)	780(6,0)	406,4
Волинська	383 (5,57)	174 (21,9)	173 (19,8)	-21000
Дніпропетровська	120 (13,4)	240 (21,1)	239 (13,9)	99,1
Донецька	46 (3,16)	201 (10,8)	189 (7,4)	310,8
Житомирська	542 (7)	209 (23,8)	221 (21,2)	-59,2
Закарпатська	158 (6,35)	315 (19,8)	0,0	0
Запорізька	505 (10,3)	758 (11,7)	805 (11,1)	59,4
Івано-Франківська	319 (7,83)	1343 (25,8)	1439 (24,5)	351,0
Київська	617 (6,23)	180 (14,4)	175 (12,4)	-71,6
Кіровоградська	379 (5,51)	247 (31,0)	294 (32,0)	-22,4
Львівська	463 (5,7)	285 (25,5)	283 (23,8)	-38,8
Миколаївська	130 (3,01)	660 (11,4)	102 (15,9)	-21,5
Одеська	65 (4,39)	502 (8,8)	158 (3,1)	143,0
Полтавська	105 (15,5)	179 (23,0)	233 (28,8)	121,9
Рівненська	246 (5,21)	127 (21,2)	131 (20,3)	-46,7
Сумська	236 (3,67)	108 (14,4)	111 (13,3)	-52,9
Тернопільська	90 (3,29)	635 (18,6)	659 (16,6)	632,2
Харківська	152 (2,48)	149 (14,2)	164 (14,2)	7,89
Херсонська	55 (1,38)	527 (10,6)	101 (18,4)	83,6
Хмельницька	78 (1,37)	114 (17,7)	126 (17,9)	61,5
Черкаська	205 (3,48)	199 (29,0)	203 (26,7)	-0,97
Чернівецька	110 (3,54)	682 (22,5)	203 (60,9)	84,5
Чернігівська	206 (3,55)	108 (15,9)	127 (17,3)	-38,3
м. Київ	417 (13,35)	989 (23,8)	116 (21,6)	-72,1
УКРАЇНА	781 (5,95)	3061 (18,5)	3412 (17,9)	36,6

У Полтавській області розташовані три госпіталі, де лікуються ветерани війни, учасники АТО, – у Полтаві, Кременчуці та в Лубнах. Перші пацієнти із зони АТО почали проходити лікування й реабілітацію в Кременчуцькому обласному госпіталі для інвалідів війни з 2 серпня 2014 року [17, 46, 310]. Особливо слід наголосити на масовості загострення проблем із хребтом, причому в різних вікових групах. Найвірогідніше, до ураження хребта, крім

травм, призводить постійне тривале носіння бронежилета. Дані, наведені на рис. 5.1, засвідчують, що найбільше пацієнтів отримали терапію в неврологічному (34,0 %) та реабілітаційному відділеннях (30,0 %), що свідчить про потребу в реабілітації цих категорій учасників АТО.

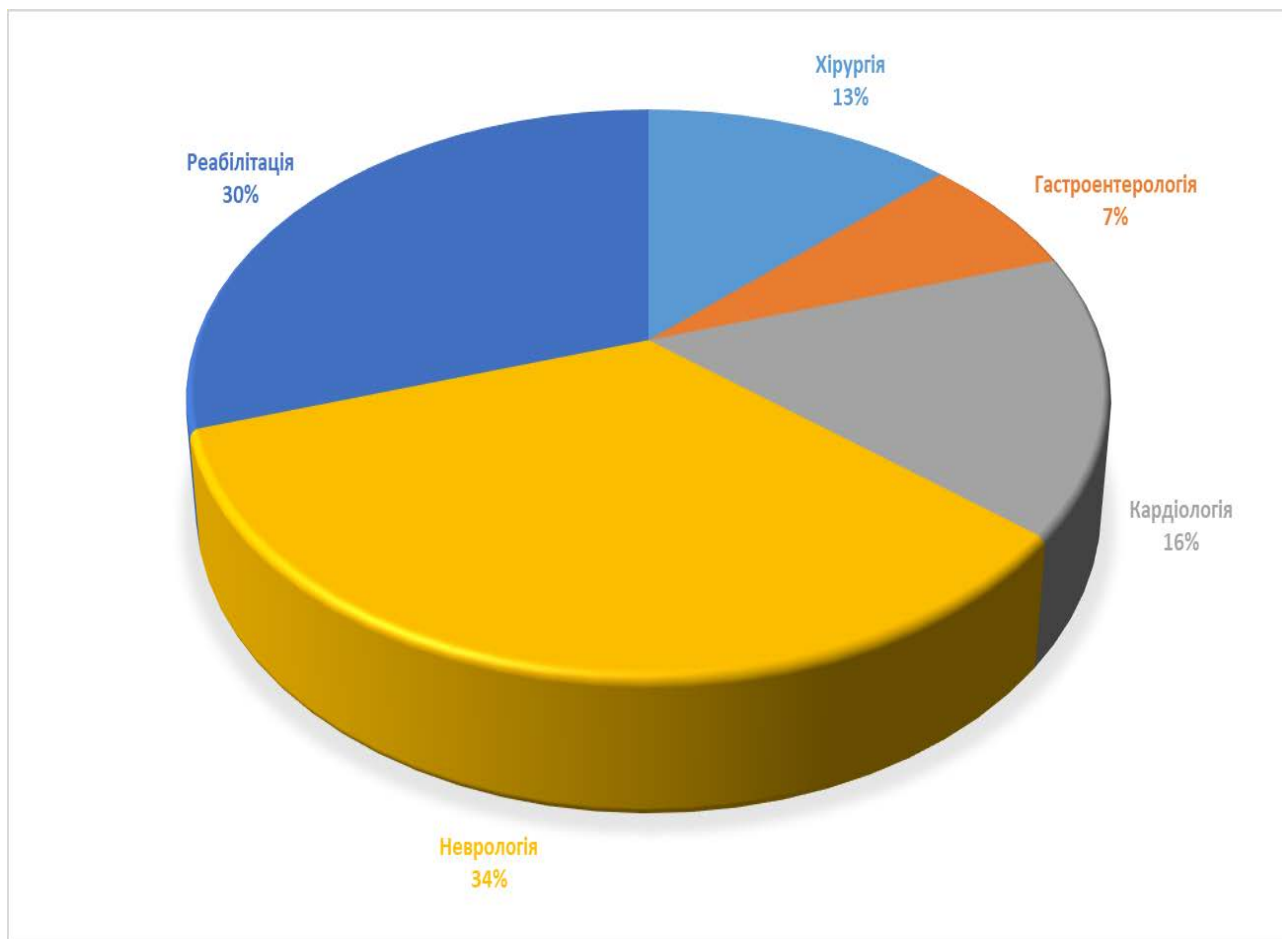
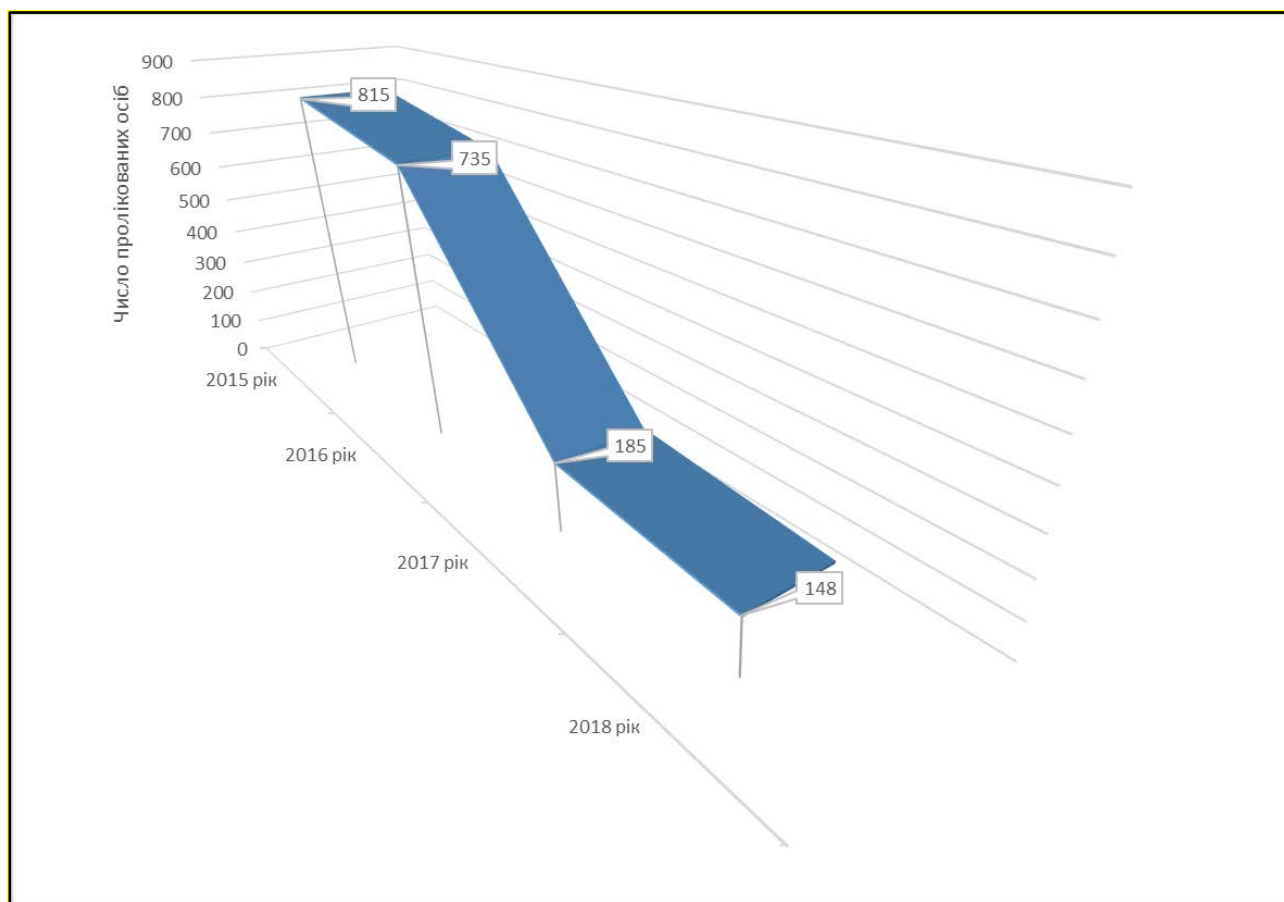


Рис. 5.1. Питома вага пролікованих за профілем патології учасників АТО у відділеннях госпіталів Полтавської області

Перелік санаторно-курортних закладів для учасників АТО й осіб з інвалідністю в Україні налічує 85 закладів, серед яких вісім розташовані в Полтавській області. Лікувальні процедури, які отримали особи цієї категорії, були такі: питне водолікування (мінеральна вода), дієтотерапія, кліматолікування, лікувальна фізкультура, заняття на велотренажерах, дошка

Євмінова, лікувальні ванни (хвойні, мінеральні), душ (ПДМ, висхідний), торфогрязелікування (грязеві аплікації, гальваногрязь), апаратна фізіотерапія (струми високої й низької частоти, світлолікування), лікувальні мікроклізми і промивання кишечника, масаж, психотерапія, ароматерапія, інгаляції, синглетно-киснева терапія, гірське повітря, спелеотерапія (лікування в соляній шахті), голкорефлексотерапія, лікувальний басейн.

У ПрАТ «Миргородкурорт» за 2015-2019 роки було оздоровлено 1997 постраждалих учасників АТО і членів їхніх сімей. Зменшення кількості пролікованих щороку свідчить про перенаправлення їх у санаторно-курортні заклади МВС України (рис. 5.2).



**Рис. 5.2. Кількість пролікованих учасників АТО в ПрАТ
«Миргородкурорт» у 2016-2018 роках**

Проблема лікування й надання спеціалізованої медичної допомоги учасникам АТО, ветеранам війни, УБД залишається гостро актуальною через військову агресію, що тривала на Сході України до початку 2022 року, та через повномасштабне вторгнення російських окупаційних військ до України 24 лютого 2022 року.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. Встановлено, що попри створене в Україні потужне законодавче підґрунтя для забезпечення медичною допомогою учасників АТО і членів їхніх сімей, наявну розгалужену систему медичних закладів, де може надаватися така допомога, залишається низка нагальних проблем у цій сфері, що потребують негайного розв'язання задля забезпечення ветеранів війни якісною й доступною медичною допомогою та реабілітацією.

2. З'ясовано, що однією з кардинальних проблем нормативно-правової бази щодо реабілітації учасників АТО є відсутність визначеного єдиного логістичного механізму з медичного забезпечення учасників АТО в закладах охорони здоров'я Міністерства Збройних сил України та закладах охорони здоров'я інших міністерств і відомств.

3. Показано, що потребує нормативно-правового регулювання забезпеченість матеріально-технічними, кадровими й фінансовими ресурсами військових госпіталів Міністерства оборони України, в тому числі мобільних військових госпіталів, які працюють безпосередньо в зоні проведення АТО.

4. Доведено, що складність виконання вимог нормативно-правової бази з надання реабілітаційних послуг учасникам АТО, ветеранам війни, учасникам бойових дій, зумовлена розпорошеністю її виконавців між численними міністерствами, що через відсутність координації призводить до порушення цілісності реабілітаційного процесу.

5. Виявлено, що законодавчо обумовлена обов'язкова психологічна реабілітація учасників бойових дій потребує розробки науково-обґрунтованих

моделей її практичного впровадження на регіональному рівні, з урахуванням формування на основі соматичної патології психологічних відхилень, які можуть призвести до стресасоційованих психічних розладів.

Результати дослідження, представлені в даному розділі, опубліковані в наступних працях автора:

1. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Нормативно-правова база психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Світ медицини і біології*. 2019. №1 (67). С. 24-29
2. Havlovsky O.D. The main goals of psychological rehabilitation of military servicemen in Poltava region under the present conditions. *World of Medicine and Biology*. 2020, №1 (71). Pp. 36-39.
3. Ждан В. М., Голованова І. А., Потяженко М. М., Гавловський О. Д. та ін. Організація терапевтичної допомоги населенню України: Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України. Полтава, 2019. – 108 с.

РОЗДІЛ 6

ПЕРЕДУМОВИ НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

6.1. Система реабілітації учасників АТО в Україні

Як показали результати дослідження, викладені в попередніх розділах дисертації, в Україні функціонує доволі розвинене нормативно-правове регулювання механізму надання реабілітаційної допомоги (соціальної, психологічної, медичної) учасникам збройного конфлікту на Сході України. Окремо варто наголосити, що організаційні процеси надання реабілітації весь час покращуються: в Україні введено Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я та Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життя і здоров'я дітей та підлітків; напрацьовано кваліфікаційні характеристики фахівців та спеціалістів із реабілітації.

До того ж встановлено, що попри безперервне покращення організаційної та нормативно-правової бази забезпечення реабілітації, продовжує залишатися проблема відсутності уніфікованих протоколів надання медичної реабілітації.

На практиці використовується "Дорожня карта" надання медичної допомоги, репаративного лікування та реабілітаційних заходів у закладах охорони здоров'я для учасників АТО.

Учасник АТО після повернення із зони бойових дій, якщо він продовжує контракт, може звернутися у військовий госпіталь для лікування й реабілітації, якщо ж контракт завершено, то на виконання Указу Президента України від 19.03.2015 № 150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» в Полтавській області забезпечено проведення

відповідних заходів медичної й психологічної допомоги учасникам АТО, розроблена відповідна «Дорожня карта», визначені заклади охорони здоров'я, в яких проводиться необхідне лікування, розробляється програма подальшої медичної та психологічної реабілітації.

У рамках Українсько-Литовського проєкту «Допомога областям Східної України шляхом реформування сектора психосоціальної реабілітації» на базі обласних госпіталів для ветеранів війни (Полтава, Кременчук і Лубни) створено Центри психосоціальної реабілітації учасників АТО, а у відділеннях стаціонарних госпіталів було виділено по 30 спеціалізованих стаціонарних ліжок; розроблено й затверджено нормативно-правові локальні документи, алгоритм відбору й направлення хворих до центрів, а також механізм взаємодії центрів з установами й закладами охорони здоров'я та інших відомств щодо психосоціальної реабілітації учасників АТО. На базі цих центрів працюють мультидисциплінарні бригади в складі лікарів-психіатрів і психотерапевтів, психологів, медичних сестер, соціальних працівників для проведення психосоціальної реабілітаційної роботи з хворими. Такі ж бригади створено і в трьох закладах загальної мережі – Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева, Полтавських обласних психоневрологічному й наркологічному диспансерах, де учасники АТО також отримують відповідну реабілітацію. Бригади із психосоціальної реабілітації застосовують групові й індивідуальні форми роботи й на базі госпіталів, і поза ними (індивідуальне й групове консультування, арт-терапія, музикотерапія, тренінг-заняття, аромотерапія, іпотерапія, відвідування виставок, музеїв тощо).

Також у госпіталях застосовують інші види реабілітації (медична, фізична з використанням кабінетів ЛФК, фізіотерапії, масажу, інгаляторію та інших спеціалізованих кабінетів госпіталів).

За час перебування в Центрах учасники АТО отримують повну або часткову реабілітацію й соціальну адаптацію.

Крім того, для забезпечення безперервності й наступності в проведенні медико-психологічної реабілітації зазначеній категорії населення в області створено мережу психосоціальної реабілітації учасників АТО/ООС, а саме:

а. створено регіональні центри психосоціальної реабілітації з повноцінними мультидисциплінарними бригадами на базі великих центральних районних і міських лікарень (Миргородська, Гадяцька й Лохвицька центральні районні лікарні (ЦРЛ), Горішньоплавнівська міська лікарня);

б. створено служби психосоціальної реабілітації в ЦРЛ (за рахунок районних психіатрів, медперсоналу з обслуговування ветеранів війни і додатково введених посад психологів).

За принципом «єдиного вікна» організовано роботу відповідної телефонної «Гарячої лінії». Сформовано оперативні психолого-психіатричні бригади, які надають відповідну допомогу на всій території області.

Лікувально-профілактичні заклади області тісно взаємодіють із районними й міськими організаціями воїнів АТО/ООС у вирішенні нагальних питань медичної допомоги. Крім того, госпіталі області співпрацюють із представниками Міністерства ветеранів України в Полтавській області, працівниками Товариства Червоного Хреста в проведенні оздоровчих заходів учасникам АТО/ООС, які перебувають на лікуванні в зазначених установах.

6.2. Заклади охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу учасникам АТО

Аналізом матеріалів дослідження виявлено, що кількість ветеранів в Україні, які перебували на диспансерному обліку станом на 01.01.2020 р., становила 884 800 осіб, із них учасників бойових дій – 325 785 осіб (36,8%) (табл. 6.1). Така чисельність ветеранів потребувала високої інтенсивності роботи військових закладів медичної допомоги. Тому ми вивчали організацію роботи цих установ (рис. 6.1). Військові, які беруть участь у АТО, підрозділяються за видом підпорядкованості міністерствам: МВС і МЗСУ.

Структура контингенту ветеранів війни України, які перебували на диспансерному обліку, станом на 01.01.2020 р.

Ветерани війни	Кількість (абс.)	Відсоток
Особи з інвалідністю внаслідок війни	72 622	8,2
Учасники бойових дій	325 785	36,8
Учасники війни	384 413	43,5
Особи, прирівняні за пільгами	101 980	11,5
Усього ветеранів	884 800	100,0

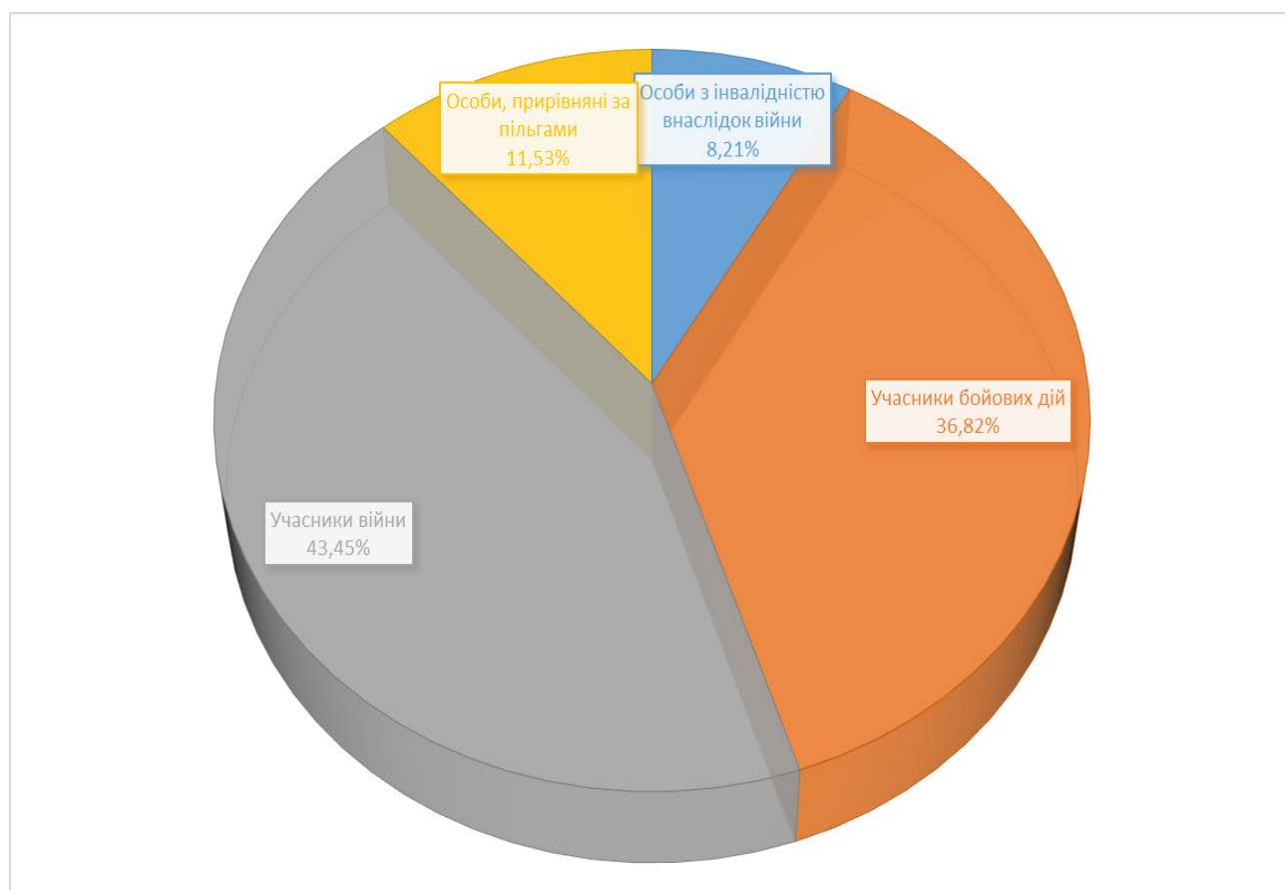


Рис. 6.1. Структура контингенту ветеранів війни України, які перебували на диспансерному обліку, станом на 01.01.2020 р.

6.2.1. Структурні підрозділи закладів ОЗ МВС України

У кожній області України працює державна установа «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України» (ТМО). Територіальне медичне об'єднання є самостійним багатoproфільним закладом охорони здоров'я, що сполучає лікувально-профілактичні підрозділи, які проводять на підставі ліцензії медичне забезпечення осіб, у котрих згідно із законодавством є право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України.

Територіальне медичне об'єднання складається з лікарні (поліклініки), центру превентивної медицини, медичної (військово-лікарської) комісії, центру психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору.

До головних завдань ТМО належать: управління закладами охорони здоров'я, які перебувають у його складі, створення відповідних умов для їх результативної діяльності, з додержанням санітарно-гігієнічних вимог; надання медичної допомоги особам, в котрих згідно із законодавством є право на медичне обслуговування в ЗОЗ; проведення державного санітарно-епідемічного нагляду на підпорядкованих територіях і в підрозділах; введення в практику діяльності сучасних досягнень науки, техніки, передового досвіду; налагодження роботи з підвищення кваліфікації працівників ТМО.

Однією з головних функцій територіального медичного об'єднання вважається забезпечення гарантованої безоплатної амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги (екстреної, первинної, вторинної) згідно з медико-технологічними документами зі стандартизації медичної допомоги поліцейським, пенсіонерам МВС, членам їхніх сімей, державним службовцям і цивільним працівникам МВС, військовослужбовцям Національної гвардії України (НГУ).

Зазначену функцію здійснює лікарня МВС, що є багатoproфільним лікувально-профілактичним закладом, у складі якого перебувають:

- 1) Поліклінічне відділення:

- i. Терапевтична служба:
- ii. лікарі-терапевти (3 терапевтичні дільниці);
- iii. лікар-невропатолог;
- iv. лікар-дерматовенеролог;
- v. лікар-фізіотерапевт;
- b. Хірургічна служба:
- i. лікар-хірург;
- ii. лікар-гінеколог;
- iii. лікар-окуліст;
- iv. лікар-отоларинголог;
- c. Стоматологічна служба:
- i. лікарі-стоматологизмішаногоприйому;
- d. Допоміжні служби:
- i. клінічна й біохімічна лабораторії;
- ii. рентгенологічний кабінет;
- iii. кабінети функціональної діагностики (електрокардіографія, реоенцефалографія, спірографія, ультразвукове дослідження, фіброгастроскопія, зондування);
- iv. маніпуляційний кабінет;
- v. центральне стерилізаційне відділення;
- e. амбулаторія, м. Кременчук;
- 2) Терапевтичне відділення стаціонару;
- 3) Відділення відновного лікування:
- a. Кабінет мануального масажу;
- b. Фізіотерапевтичний кабінет;
- c. Кабінет водолікування;
- d. Кабінет гідроклонотерапії;
- e. Кабінет оксигенобаротерапії;
- f. інгаляторій;
- g. зал механотерапії й лікувальної фізкультури;

4) Господарча служба.

Останніми роками більшу увагу в Міністерстві внутрішніх справ України зосереджують на медичному забезпеченні учасників АТО. Кількість учасників АТО серед правоохоронців Полтавської області наразі сягає понад дві тисячі осіб, серед них приблизно 10,0% - це пенсіонери МВС (рис. 6.2).



Рис.6.2. Кількість учасників АТО з рядів МВС України в Полтавській області в 2015-2020 роках

Маршрут пацієнта-призовника-воїна АТО-мобілізованого виглядає таким чином: консультативна комісія ТМО оглядає призовника та в разі встановлення його придатним для служби відправляє до лав діючої армії в зоні АТО. Після повернення ветерана знову направляють на ЛКК, яка вирішує можливість його служби в зоні збройного конфлікту. В інакшому випадку пацієнта відповідно до його стану направляють на реабілітацію - медичну, психологічну, соціальну. ЛКК має тісний зв'язок із відділом кадрів, тому професійною реабілітацією займається кадровий склад відділу ВС.

6.2.2. Структурні підрозділи закладів ОЗ ЗСУ

Від ЗОЗ ВС України структурні підрозділи ЗОЗ ЗСУ відрізняються тим, що не мають в структурі підрозділів з надання первинної і спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги.

Госпіталь – це військово-медичний заклад, який повсякчас у мирних і військових умовах забезпечує діагностику й необхідне лікування військовослужбовців Міністерства Збройних сил України, Державної прикордонної служби України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України, органів надзвичайних ситуацій та інших воєнізованих органів держави. В Україні діє мережа госпіталів у кожній області (рис. 6.3).

На картограмі показано, що найбільш потужний госпіталь розташований у Києві – він здатний розмістити 3 766 ветеранів.

У демобілізованих та звільнених у запас учасників АТО/ООС є право на безоплатну комплексну реабілітацію в обласних госпіталях ветеранів війни за місцем проживання, а також у закладах, що підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, а саме в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, Державному закладі “Госпіталь ветеранів війни “Лісова Поляна” (Київська область) і в Республіканському центрі лікування й реабілітації наслідків нейротравми (Рівненська область, тут проводиться лікування та реабілітація наслідків тяжких черепно-мозкових і спинальних травм, відповідно до чітко встановлених критеріїв для лікаря-нейрохірурга, лікаря-ортопеда-травматолога) [99].



Рис. 6.3. Госпіталі ветеранів війни, кількість і ліжковий фонд

Розділи роботи госпіталів і ТМО мають спільні риси й відрізняються лише контингентом пацієнтів: організаційна; інформаційна; аналітична; координаційна; взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я з питань реабілітації учасників АТО; взаємодія з військовими комісаріатами, соціальними службами, громадськими організаціями, волонтерами.

З погляду цивілізованого суспільства, головними особливостями, що окреслюють роботу системи охорони здоров'я, вважаються доступність та якість медичної допомоги, а покращення зазначених характеристик є головним завданням ВООЗ та урядів держав. Амстердамська декларація Європейського бюро ВООЗ в аспекті прав пацієнтів окреслила доступність і якість медичних послуг як головні соціальні права осіб, що повинні по-максимуму втілювати країни Європи у власних системах охорони здоров'я [18].

Запорука успіху підприємства в методах стратегічного планування — це активне формування майбутнього стану зовнішнього середовища і власних ресурсів згідно зі своїми економічними інтересами [156].

Для визначення ризиків, які можуть постати на шляху імплементації системи реабілітації учасників АТО, нами було проведено фокус-дослідження. Найпопулярнішим якісним методом у соціології є фокус-група.

6.3. Визначення ризиків імплементації системи реабілітації учасників АТО

Фокус-група - це якісний метод збирання соціологічних даних, що здійснюється в однорідних групах. Фокус-групою є певною мірою групова дискусія, в ході котрої з'ясовують відношення учасників до відповідного процесу аби явища сьогодення.

Метою проведеної фокус-групи вважається з'ясування ставлення лікарів-організаторів охорони здоров'я до діючої системи реабілітації учасників АТО.

У дискусії брали участь 25 організаторів ОЗ, котрі були курсантами циклу тематичного удосконалення на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету. Серед них 6 - головні лікарі та їхні заступники військових госпіталів Полтави, Кременчука й Лубен; 3 - лікарі лікарні МВС, що працюють із ветеранами безпосередньо. Фокус-група складалася з двох блоків:

1. Визначення переваг наявної системи реабілітації.
2. Виявлення її недоліків.

Вербалізація лікарями в умовах групового обговорення власних поглядів на реабілітацію об'єктивно сприяла організації «внутрішнього діалогу», «інсайтам», проясненню змісту власних переконань і настанов, очікувань і проблем, які постають щодня в роботі з ветеранами.

Лікарі переконані, що переваги чинної системи реабілітації учасників АТО в тому, що вона безоплатна, іншими словами, кожен ветеран має право на реабілітацію, користуючись послугами ЗОЗ, що визначено на законодавчому рівні, де зазначається, що боєць теж має пільги та гарантії на медичне

обслуговування, а також соціальний захист. Доступність медичної допомоги гарантується результативною діяльністю центрів медичної допомоги та реабілітації для ветеранів при госпіталях і лікарнях МВС.

Лікарі одностайно зробили висновок про те, що самостійне звернення ветерана по медичну допомогу, сильна матеріально-технічна база та програми розширеної реабілітації покращують його прихильність до неї, а також лікування.

Важливим завданням є охоплення всіх учасників АТО медичною допомогою та реабілітацією. Цю думку висловлювали організатори ОЗ ТМО.

Таку точку зору пропонували організатори ОЗ ТМО. Під час вербування рекрутів до лав Збройних сил України вони неодмінно проходять лікарсько-консультативну комісію при військовому комісаріаті. Після того, як учасник АТО – військовослужбовець Збройних сил України повернувся додому, в разі продовження контракту служби в армії він має право звернутись в госпітальну поліклініку (правоохоронці) чи амбулаторію (мобілізований з лав Збройних сил України) по медичну допомогу та оформитись у військовий госпіталь, щоб пройти стаціонарне лікування. У разі завершення контракту демобілізований за потреби може звернутися прямо до сімейного лікаря, а якщо він сумнівається, волонтери громадських організацій допоможуть ветерану (рис. 6.4).

До недоліку надання медичної допомоги демобілізованим ЗС зарахували відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах закладів, що підпорядковані ЗСУ.

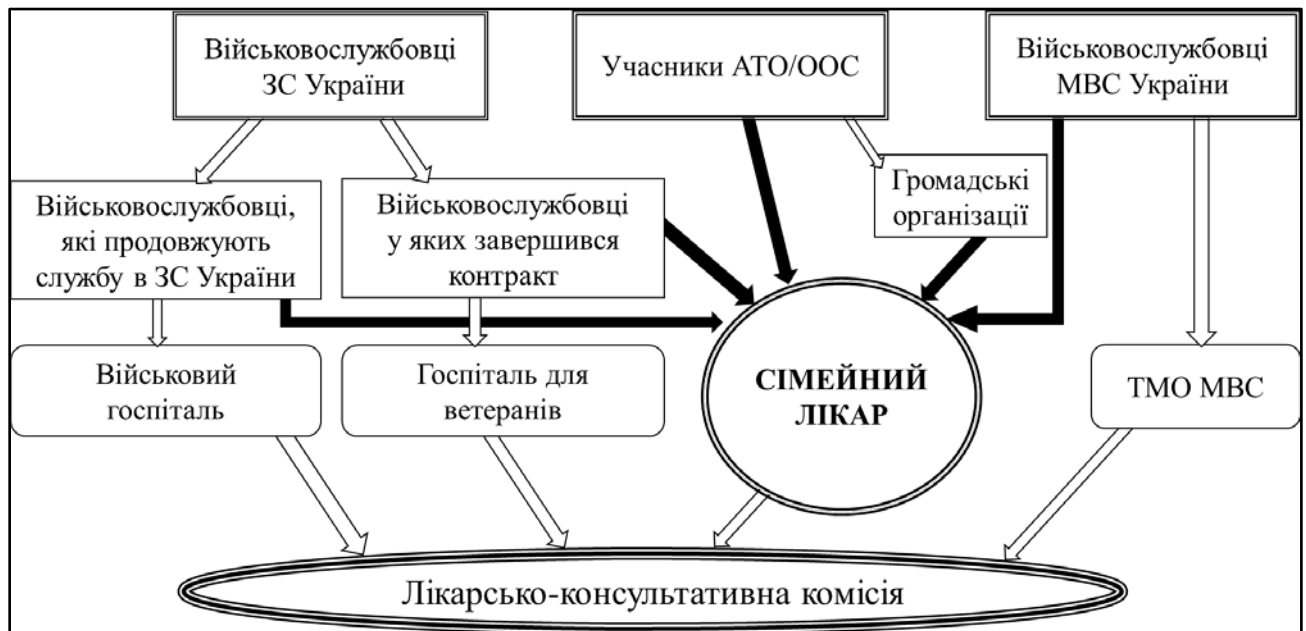


Рис. 6.4. Маршрут пацієнта – учасника АТО

Ветерани та бійці служби МВС обов'язково проходять лікарсько-консультативну комісію при ТМО МВС України, й ті, хто почувається добре, проте в них під час медичного огляду виявили відхилення, у разі необхідності лікуються в стаціонарі, або амбулаторно.

З-поміж труднощів та проблем, з якими стикаються ветерани, як вважають лікарі, - це налагодження діяльності ввірених їм закладів охорони здоров'я: «...Зважаючи на реформування ОЗ, ЗОЗ набули автономності, й головному лікарю потрібно оптимально розподілити бюджет лікарні. Необхідно укласти договір із НСЗУ, відкрити якнайбільше пакетів, підготувати матеріально-технічну базу та запланувати мінімальний штат спеціалістів. Проблема з фахівцями зводиться до того, що фахівці, які визначаються штатним розписом, не завжди стають затребуваними, в такому разі потрібно скоротити ставки та прийняти на роботу тих, на кого є нині запити. Переважно це психотерапевти, травматологи, ортопеди». Такий недолік можливо виправити, сформувавши гарантований пакет надання послуг із медичної реабілітації постраждалим в результаті збройного конфлікту.

Відмітили, що існує брак потрібної нормативно-правової бази, яка регулює

питання медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО; недостатня міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними та приватними надавачами соціальних і психологічних послуг, складний механізм міжгалузевої співпраці; неналежний рівень забезпеченості фахівцями з реабілітації та обмеженість можливостей погіршують результативність роботи з учасниками АТО та членами їхніх сімей.

Нагадували про потребу комплексної реабілітації: «... проблема зводиться до того, що реабілітація учасників АТО є затратною та обширною, вимагає участі й структурних підрозділів, і фахівців, через це потрібно організувати всеохоплюючий процес реабілітації. Зокрема, з цією метою потрібно, щоб функціонував центр реабілітації в кожній області, щоб там був медичний психолог, психолог, психіатр, ерготерапевт, лікар фізичної та реабілітаційної медицини. Така наповненість дефіцитними фахівцями повинна бути в кожному закладі, а в гарантованому пакеті надання медичних послуг НСЗУ це не передбачається».

Потрібно зауважити, що практично половина учасників бесіди наголошувала на тому, що допомогу треба надавати не лише власне ветеранам, а також і їхнім сім'ям, тому що адаптація до мирного життя здійснюється за допомогою комунікування з близькими й рідними людьми.

Наголосили на потребі спеціального гарантованого пакета для реабілітації учасників АТО: «... Подібний пакет на реабілітацію існує, проте він не годиться для всебічного відновлення учасників АТО, оскільки ця реабілітація своєрідна, бо ветерани потерпають від наслідків бойової травми. Відповідно, і тілу, і душі необхідна реінтеграція, що потребує втручання як психологів, психотерапевтів, соціологів, так і остеопатів, травматологів. Через це для ветеранів АТО потрібний окремий гарантований пакет на надання саме цих послуг».

«... Відсутній пакет психосоціальної реабілітації, що вкрай потрібна для учасників АТО. Це слабе місце. Вихід намагаються знайти за допомогою Міністерства у справах ветеранів, соціальних служб, проте це більш нагадує управління в ручному режимі».

«... У поліклініках та стаціонарах загальної мережі відсутній такий гарантований пакет надання медичної допомоги учасникам АТО, бо переважна частина з них є не професійними військовими, а людьми, які в моральному плані не підготовлені, і вони сприймають усе більш вразливо, ніж ті, хто володіє бойовим досвідом. Через це реабілітація повинна стати індивідуальною, довгою та повною, іншими словами, передбачати як психічну, фізичну, так і соціальну та професійну».

Лікарі наголошували на значущості реадaptaції, оскільки особа, після того, як повернулася з фронту, повинна бути готовою до мирного життя: «...Ветерану обов'язково потрібно зблизитися з колективом, а в нього цієї роботи немає, починаються конфлікти в сім'ях, є проблема непорозуміння між ветеранами Другої світової війни, «афганцями» та учасниками АТО. Втрачено навички спілкування з мирними мешканцями, тоді як із побратимами існує міцний зв'язок та дружба. Навіть про змогу проходження безкоштовно реабілітації ті, хто нещодавно повернувся із зони воєнних дій, дізнаються від ветеранів-побратимів». Такому зв'язку лікарі дали назву «снігова лавина». Його використовують під час виконання соціальних досліджень фокус-груп для їх набору [258].

Для того, щоб реабілітація була всебічною, необхідно врахувати принцип наступності й безперервності, тому респонденти звернули й на це увагу: «...Проблема реабілітації учасників АТО полягає ще й у тому, що вони, навіть після виписки з госпіталю, залишаються без медичного супроводу, який не передбачений у НСЗУ, тому є необхідність передати реабілітацію учасників АТО Міністерству в справах ветеранів».

«...Система загальної мережі визначає наступний порядок: пацієнт потрапляє у відділення, маючи гострий стан, а після виписки його направляють в амбулаторію сімейної медицини для того, щоб він лікувався далі. Ветерани після виписки з госпіталю теж повинні звернутися до лікаря ЗП-СЛ, проте, як підтверджує досвід, переважна частина з них попадають до амбулаторії. Це

можливо пояснити тим, що коли населення підписувало декларації, бійці знаходилися в зоні конфлікту, а відтак, не знали про маршрут пацієнта».

«... Ветерани не завжди знають про можливість реабілітації в госпіталі за місцем проживання, тому частина з них залишається поза увагою медиків».

Немає доступності надання медичної допомоги учасникам АТО: по-перше, не всі ветерани знають про змогу лікуватися в госпіталі на безоплатній основі; по-друге, в госпіталь можуть прийти та пролікуватися ті, в кого діагностовано тяжку хворобу, проте якщо ця проблема не вимагає стаціонарного лікування, то боєць зобов'язаний звернутися до лікаря ЗП-СЛ на загальних підставах. Як уже наголошувалося, труднощі утворюються ще й через те, що тоді, коли мирне населення укладало декларації зі своїм лікарем, військові перебували в зоні АТО, і через це не дуже гарно розбираються в цій мережі. По-третє, при госпіталях немає амбулаторної медичної допомоги, котра б піклувалася тільки про ветеранів. По-четверте, НСЗУ не буде оплачувати витрати того, хто звернувся по амбулаторну допомогу, без електронного направлення.

По-п'яте, діючої мережі госпіталів замало. У кожній області функціонує один госпіталь, розміщений в обласному центрі. У Полтавській області є три госпіталі. Проте, як свідчить досвід, цього недостатньо, особливо для ветеранів, які проживають у сільських населених пунктах. До того ж, зважаючи на потреби психічної реабілітації, на район працює тільки один психіатр, один травматолог.

По-шосте, існує така проблема, що не в кожного волонтера, учасника АТО є підтверджений свій статус, відповідно, він не має права проходити лікування в госпіталі.

Значну роль для реабілітації учасника АТО відіграє змога її безоплатного здійснення, проте зазначене в законі про статус ветерана, де окреслені норми лікування, не завжди є відповідним реальності: «Навіть перебуваючи в стаціонарі госпіталю, лікар обмежений фіксованим ліжко-днем - 20 днів, у середньому - 18,7, а на лікування відповідно до пакета виділяють шість тисяч гривень. За ці кошти потрібно здійснити лікування, виділити гроші на харчування, заробітну плату. Через це потрібні інші підходи до реабілітації».

Гострою проблемою, на думку лікарів, є відсутність інформації в учасників АТО щодо можливості проведення реабілітації.

Проведене якісне дослідження дозволило нам здійснити кількісний (факторний) аналіз з метою формування доказової бази системи реабілітації учасників АТО.

Факторний аналіз за результатами анкетування проводили трьома етапами:

1. Виявлення основних рис (характеристик) системи реабілітації учасників АТО;
2. Установлення переваг системи реабілітації учасників АТО;
3. Визначення її недоліків.

Так, цей статистичний метод дозволяє виділити латентні (приховані, недоступні для безпосереднього вимірювання) характеристики досліджуваних явищ або процесів. Ідея, закладена в основі факторного аналізу, стверджує, що якщо деякі дані змінюються узгоджено, то можна припустити існування певних загальних причин їхньої зміни, тобто виявити деякі приховані чинники. Для визначення важливих моментів у якості медичної допомоги ветеранам – лікарям було запропоновано оцінити запропоновані твердження щодо цього питання за 5-бальною шкалою.

6.3.1. Виявлення основних характеристик системи реабілітації учасників АТО

На підставі аналізу матеріалів проведеної фокус-групи на початку в анкету були включені лише питання основних розбіжностей – ознак – надання медичної допомоги учасникам АТО:

1. Виділення коштів на реалізацію програми.
2. Пріоритетність і доступність надання медичної допомоги для учасників АТО, дотримання всіх рекомендацій лікаря.
3. Розроблення програми реабілітації фізичного і психічного здоров'я.

4. Створення матеріально-технічних умов надання допомоги учасникам АТО.
5. Доступність санітарно-курортного лікування.
6. Доступність місць для пільгового придбання ліків.
7. Обслуговування учасників АТО ДУТМО МВС.
8. Забезпеченість психологом за місцем служби.
9. Взаємодія з кадрами і психологічними службами.
10. Надання високоспеціалізованої допомоги учасникам АТО.
11. Направлення до Медичного реабілітаційного центру (МРЦ).
12. Безкоштовна медична допомога.
13. Комфортні умови перебування в стаціонарі.
14. Наявність висококваліфікованих спеціалістів, що обслуговують ветеранів.
15. Самостійне звернення по медичну допомогу.
16. Дотримання рекомендацій лікаря.

На першому етапі нами була побудована кореляційна матриця. Для розв'язку першої задачі, як правило, використовують коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Як показано в кореляційній матриці, сильний кореляційний зв'язок існує між:

- безкоштовною медичною допомогою й можливістю направлення до МРЦ: $r = 0,586$ ($p = 0,005$);
- наявністю висококваліфікованих спеціалістів і можливістю направлення до МРЦ: $r = 0,608$ ($p = 0,005$);
- самостійним зверненням і можливістю направлення до МРЦ: $r = 0,878$ ($p = 0,005$);
- сучасною лабораторією й висококваліфікованими спеціалістами: $r = 0,664$ ($p = 0,005$);

- комфортні умови корелюють із висококваліфікованими спеціалістами: $r = 0,766$ ($p = 0,005$) і дотриманням усіх рекомендацій лікаря: $r = 0,731$ ($p = 0,005$).

За даними рис. 6.5 можна стверджувати, що можливість отримати направлення до МРЦ учасником АТО має найбільше кореляцій.

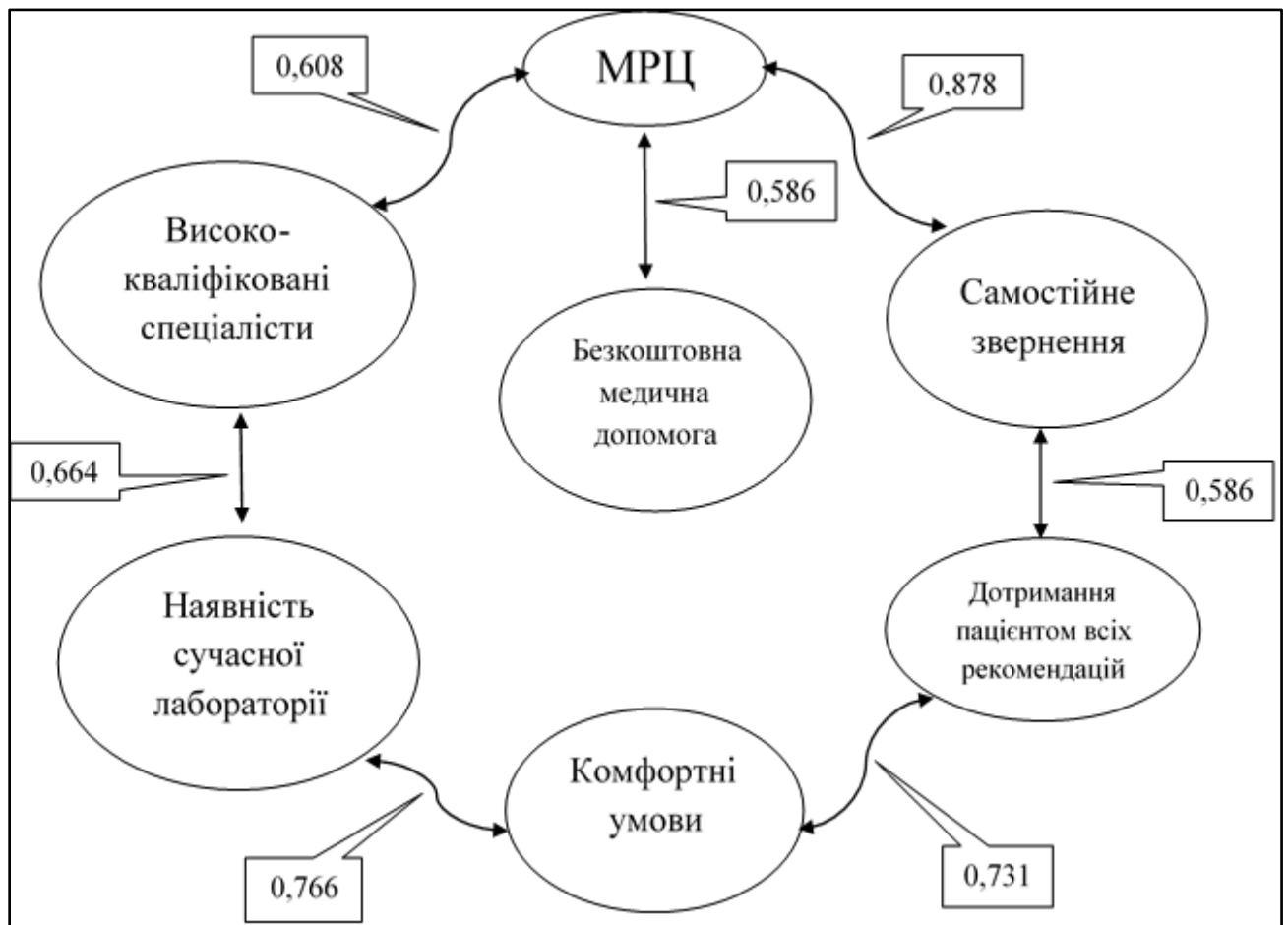


Рис. 6.5. Кореляційна матриця основних характеристик реабілітації учасників АТО

Самостійне звернення є важливим чинником у тому, що пацієнт буде дотримуватися всіх рекомендацій лікаря. Комфортні умови перебування в стаціонарі створюють у пацієнта довіру й підвищують його самооцінку, що також впливає на прихильність до лікування.

Наявність сучасної лабораторії свідчить про впровадження останніх наукових досягнень, що потребують висококваліфікованих фахівців, які б не лише забезпечили високий рівень діагностики, а й направили б пацієнта до МРЦ на безкоштовне лікування.

Факторний аналіз дозволив виділити 4 чинники, що визначають основні характеристики реабілітації учасників АТО. Вони становили 80,57 % загальної дисперсії. Точкова діаграма дозволила визначити значущі фактори, які показані на її крутому підйомі (рис. 6.6).

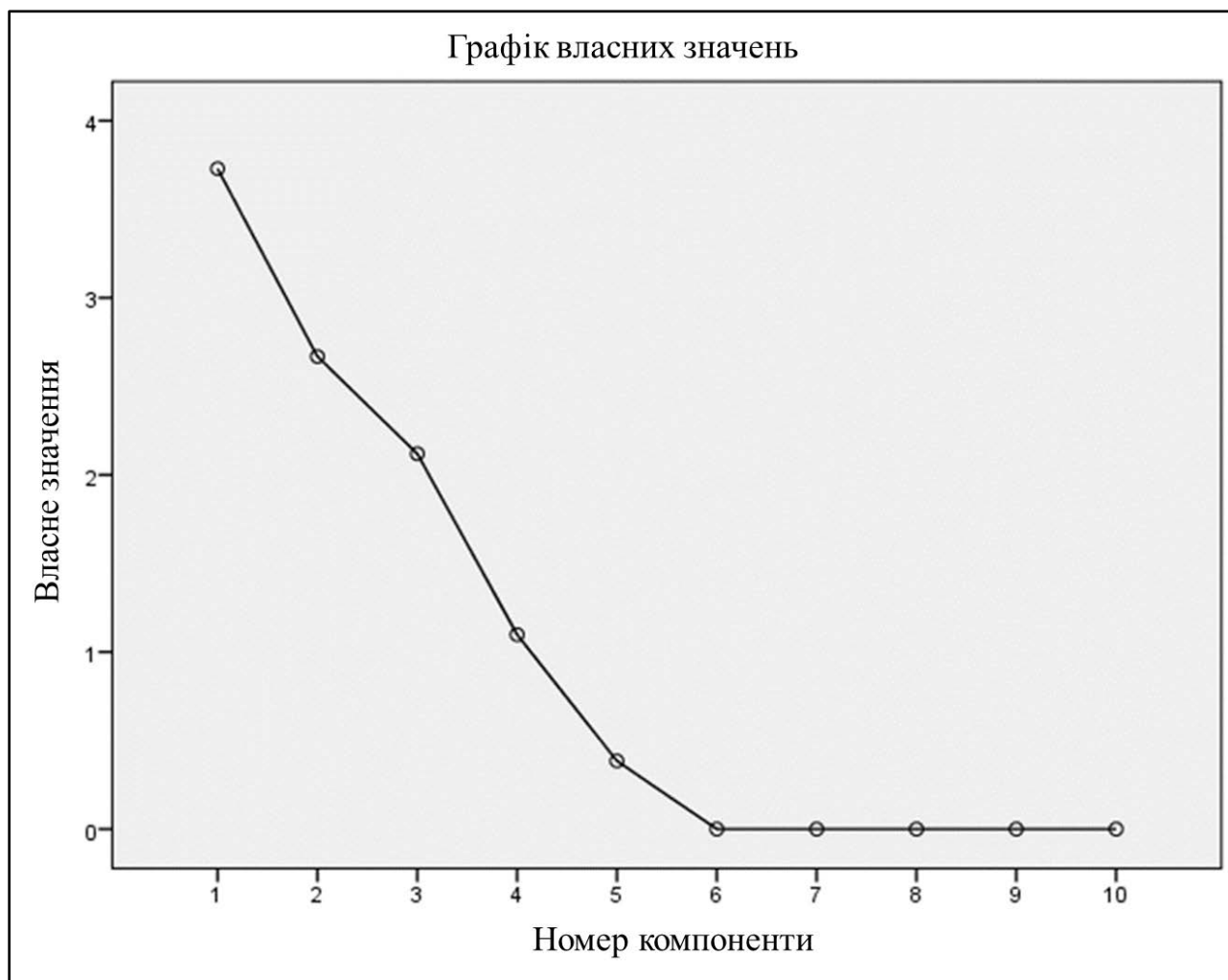


Рис. 6.6. Розподіл значущих факторів основних характеристик реабілітації учасників АТО

Перша містила найбільше інгредієнтів:

- розроблення програми реабілітації фізичного і психічного здоров'я;

- доступність санаторно-курортного лікування;
- доступність місць для пільгового придбання ліків;
- обслуговування учасників АТО ДУТМО МВС;
- забезпеченість психологом за місцем служби;
- взаємодія з психологічними службами;
- надання високоспеціалізованої допомоги учасникам АТО;
- направлення до МРЦ;
- безкоштовна медична допомога.

Усі ці змінні дають відповідь на єдине запитання: «Чому учасники АТО обирають саме цю реабілітацію?». Отже, ця компонента дістала назву «доступність».

Друга й четверта компоненти були подібними між собою, охоплювали набагато менше змінних і описували 29,21 % і 8,57 % загальної дисперсії вибірки:

- виділення коштів на реалізацію програми;
- створення матеріально-технічних умов надання допомоги учасникам АТО;
- надання високоспеціалізованої допомоги учасникам АТО.

Отже, ми назвали її «фінансування програм реабілітації для учасників АТО».

Третя компонента – «пільги для ветеранів» (13,25 % загальної дисперсії вибірки):

- пріоритетність і доступність надання медичної допомоги;
- доступність місць для пільгового придбання ліків;
- самостійне звернення по медичну допомогу;
- комфортні умови;
- отримання рекомендацій лікаря (табл. 6.2).

Матриця компонентів основних характеристик реабілітації учасників АТО

Характеристики реабілітації	Компоненти			
	1	2	3	4
Виділення коштів на реалізацію програми	0,096	0,731	-0,249	0,624
Пріоритетність і доступність надання медичної допомоги для учасників АТО	0,344	-0,314	0,641	0,460
Розроблення програми реабілітації фізичного і психічного здоров'я	0,886	-0,214	0,541	0,460
Створення матеріально-технічних умов надання допомоги учасникам АТО	0,412	0,600	-0,147	0,668
Доступність санітарно-курортного лікування	0,825	-0,420	-0,367	0,055
Доступність місць для пільгового придбання ліків	0,659	0,308	0,601	0,258
Обслуговування учасників АТО ДУТМО МВС	0,663	0,528	0,410	-0,279
Забезпеченість психологом за місцем служби	0,709	0,455	-0,147	0,104
Взаємодія з кадрами і психологічними службами	0,709	0,455	-0,147	0,104
Надання високоспеціалізованої допомоги учасникам АТО	0,616	0,685	-0,142	-0,336
Направлення на МРЦ	0,970	-0,149	0,158	-0,104
Безкоштовна медична допомога	0,729	0,281	-0,598	-0,157
Комфортні умови	0,403	0,337	0,798	-0,036
Висококваліфіковані фахівці	0,591	0,516	0,376	-0,477
Самостійне звернення по медичну допомогу	0,475	-0,466	0,701	0,040
Дотримання рекомендацій лікаря	0,409	0,328	0,657	0,514

6.3.2. Установлення переваг системи реабілітації учасників АТО

Отримавши такі дані, ми поглибили вивчення переваг щодо реабілітації учасників АТО, розширивши запитання анкети:

1. Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями.

2. Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (медичного захисту).
3. Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (соціального захисту).
4. Ефективне функціонування регіональних центрів медичної допомоги.
5. Ефективне функціонування регіональних центрів реабілітаційної допомоги.
6. Надання комплексної реабілітації медичного напрямку.
7. Надання комплексної реабілітації психологічного напрямку.
8. Надання комплексної реабілітації фізичного напрямку.
9. Створення відповідних підрозділів.
10. Упровадження мультидисциплінарного підходу.
11. Досвід роботи з бойовою травмою.
12. Сприйняття ветеранів АТО як героїв сьогодення.

Побудована кореляційна матриця засвідчила, що лікарі, які мали досвід роботи з бойовою травмою, емпірично знають про необхідність надання комплексної реабілітації психологічного спрямування з упровадженням мультидисциплінарного підходу в реабілітації ветеранів, про що вказує визначений зв'язок між ними.

Упровадження мультидисциплінарного підходу через зв'язок із наданням комплексної реабілітації медичного, фізичного напрямку і створення програми з надання допомоги воїнам АТО виходять на забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями медичного й соціального захисту. Законодавчі гарантії, на думку лікарів, прокладуть шлях до повноцінного функціонування регіональних центрів медичної й реабілітаційної допомоги ветеранам. Ці ж гарантії – з одного боку, і досвід лікарів роботи з бойовою травмою – саме такий підхід дозволить краще зрозуміти проблеми ветерана і стане запорукою того, що ці люди будуть визнані героями сьогодення.

На підставі результатів факторного аналізу показників проблем і переваг надання медичної допомоги учасникам АТО ми виділили чотири основні

чинники Ф1-Ф4 (табл. 6.2), сумарний внесок яких S у загальну дисперсію склав понад 60,0 %. Для чотирьох чинників із вісімнадцяти вихідних ознак такий внесок може вважатися вагомим (рис. 6.7).

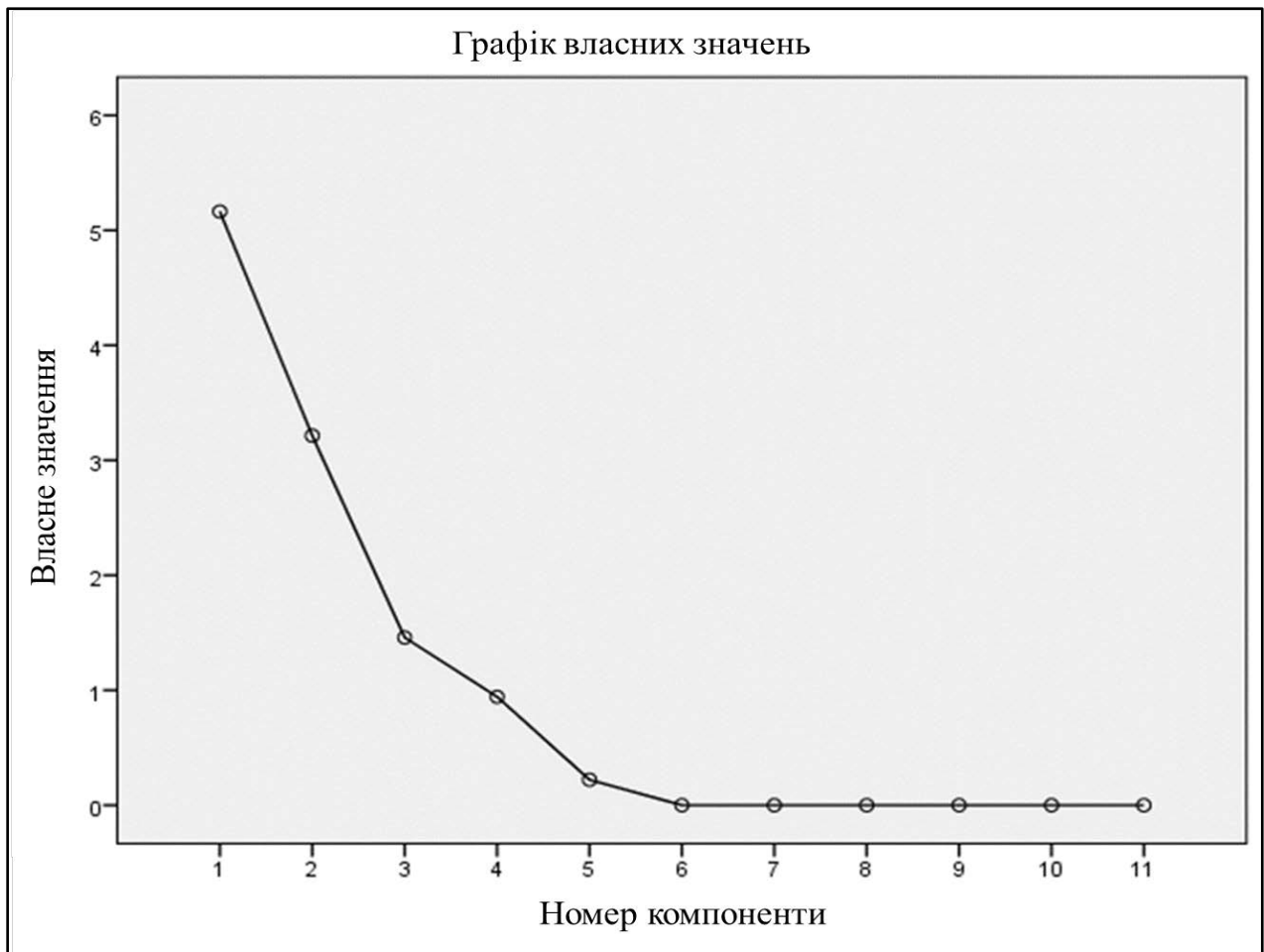


Рис. 6.7. Розподіл значущих переваг системи реабілітації учасників АТО

Перша компонента, яка охоплювала найбільше факторів і описувала 45,75 % загальної дисперсії вибірки, містила:

- забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями;
- ефективне функціонування регіональних центрів реабілітаційної допомоги;
- надання комплексної реабілітації медичного, фізичного, психологічного напрямів;
- створення програми з надання допомоги;

- упровадження мультидисциплінарного підходу до реабілітації через забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями.

Тому першу компоненту ми визначили як «нормативно-правове забезпечення медичного, соціального захисту реабілітації ветеранів».

Друга компонента охоплювала забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (соціального захисту), ефективне функціонування регіональних центрів медичної допомоги й досвід роботи з бойовою травмою. Оскільки останній складник другої компоненти має найбільшу вагу – 0,790 і, як зазначено в кореляційній матриці, є вузловим у наданні комплексної та всебічної реабілітації, то другу компоненту ми назвали «досвідчені кадри, які здійснюють реабілітацію». Адже медичний працівник, який має досвід роботи з ветеранами, глибоко знає їхні проблеми, потреби й може вести за ними диспансерний нагляд.

Третя компонента охоплювала лише два інгредієнти з позитивним знаком – сприйняття ветеранів АТО як героїв сьогодення й забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (соціального захисту). Привертає увагу той факт, що складники, пов'язані з реабілітацією й лікуванням, мають зворотний зв'язок – знак «-», що може свідчити про те, що людині, яка була на полі бою й відважно захищала Батьківщину, важко визнати, що треба звернутися по медичну допомогу до лікаря, пройти реабілітацію – і це може впливати на прихильність до цих відновних заходів. Отже, третю компоненту ми назвали «прихильність до реабілітації».

Четверта компонента охоплювала елементи, пов'язані з комплексною реабілітацією й лікарями, які зазначили, що мають досвід роботи з бойовою травмою, отже, ця компонента дістала назву «комплексна реабілітація» (табл. 6.3).

Матриця компонентів (переваги)

Елементи	Компоненти			
	1	2	3	4
Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями	0,817	0,486	-0,125	-0,055
Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (медичного захисту)	0,740	0,489	-0,085	-0,314
Забезпечення ветеранів АТО законодавчо визначеними гарантіями (соціального захисту)	0,430	0,634	0,607	0,325
Ефективне функціонування регіональних центрів медичної допомоги	0,487	0,597	0,204	-0,306
Ефективне функціонування регіональних центрів реабілітаційної допомоги	0,744	-0,300	0,034	-0,404
Надання комплексної реабілітації медичного напрямку	0,865	-0,030	0,055	0,662
Надання комплексної реабілітації психологічного напрямку	0,813	-0,375	-0,167	0,734
Надання комплексної реабілітації фізичного напрямку	0,636	-0,082	-0,716	0,726
Створення програми з надання допомоги	0,745	-0,115	-0,480	0,165
Упровадження мультидисциплінарного підходу	0,809	0,616	-0,115	-0,129
Досвід роботи з бойовою травмою	-0,348	0,790	-0,434	0,500
Сприйняття ветеранів АТО як героїв сьогодення	0,227	-0,251	0,865	0,209

6.3.3. Установлення недоліків системи реабілітації учасників АТО

Побудована кореляційна матриця показала взаємний вплив відсутності диспансерного нагляду за ветеранами і втрати комплексного підходу до реабілітації. Звісно, постійний нагляд за пацієнтом дозволяє лікарю краще усвідомити його проблеми й усебічно вплинути на його здоров'я.

Порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни, корелювало з втратою комплексного підходу,

недостатнім фінансуванням закладів охорони здоров'я і втратою соціального статусу ветерана. Як показано на схемі кореляційної матриці (рис. 6.8), порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни, міститься в її центрі й пов'язане з кількома змінними. Відповідно до цього висновку, отриманого за результатами дослідження, й необхідно буде змодельювати систему реабілітації стрес-асоційованих розладів.

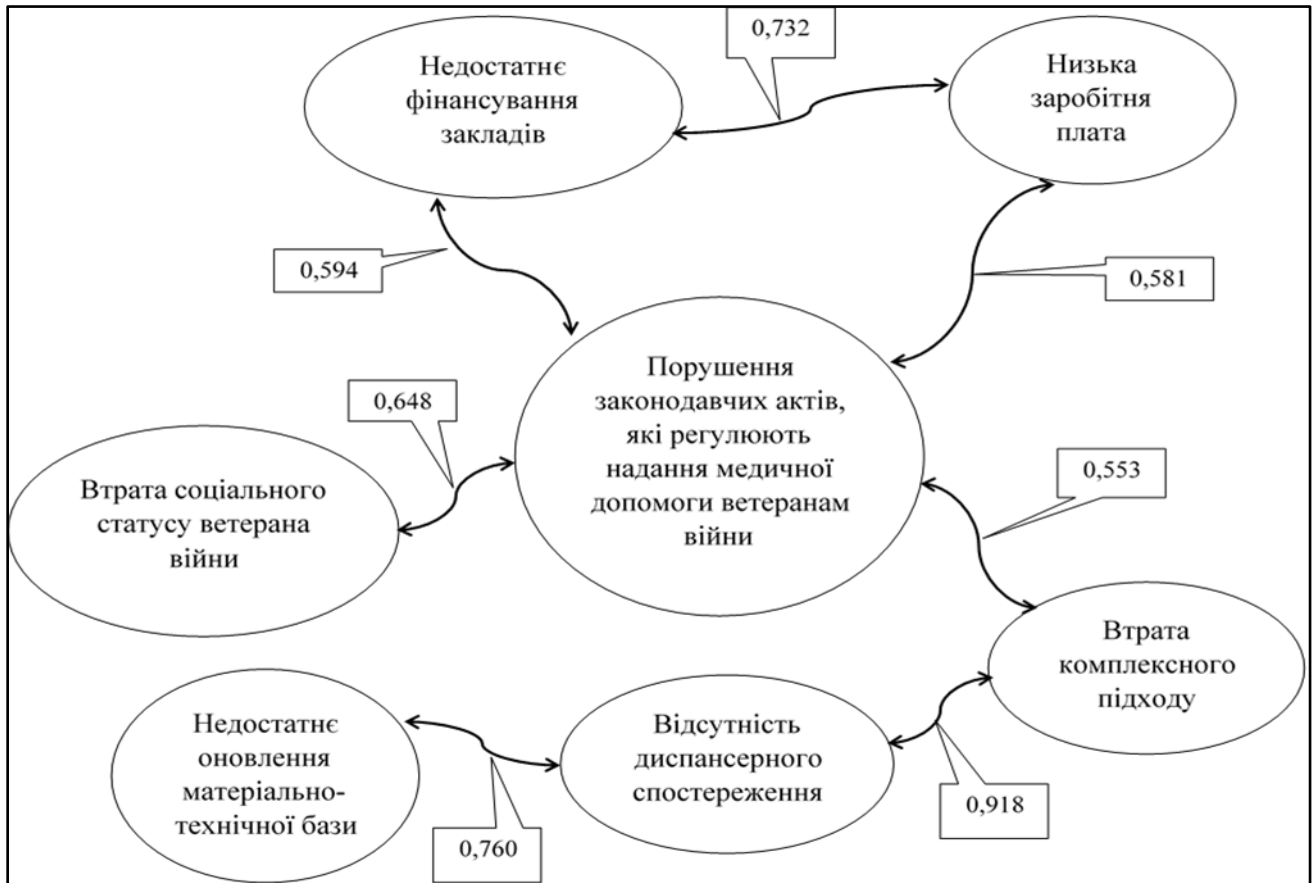


Рис. 6.8. Кореляційна матриця переваг реабілітації учасників АТО

Очевидно, що лікарі у своїй роботі спираються на нормативно-правову основу, а її недотримання відобразиться на наданні медичної допомоги.

Відсутній диспансерний нагляд позначився й на недостатньому оновленні матеріально-технічної бази, що можна пояснити тим, що постійний моніторинг за пацієнтом дозволяє виявити слабкі місця, пов'язані з приладдям, і поновити його.

Подальший факторний аналіз дозволив виділити три головні компоненти, що складають ключові ланки недоліків надання реабілітації учасникам АТО (табл. 6.4), які становили 96,5 % загальної дисперсії, що зображено на точковій діаграмі (рис. 6.9).

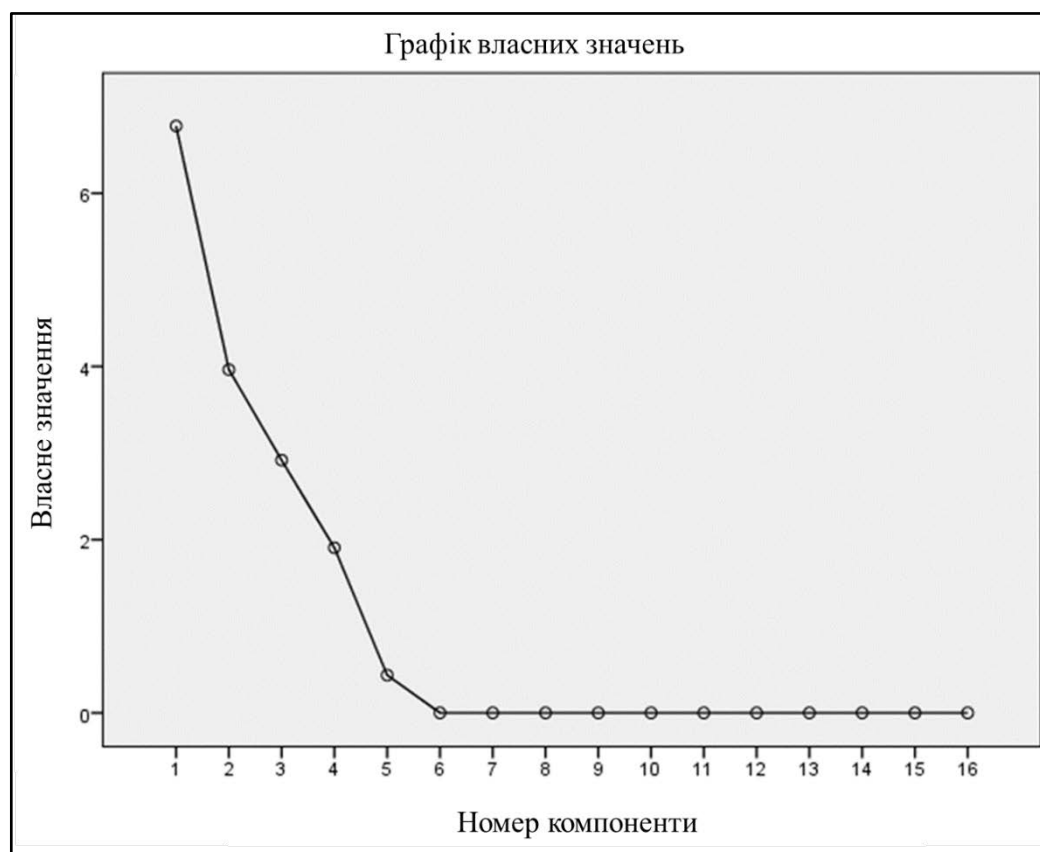


Рис. 6.9. Розподіл значущих недоліків системи реабілітації учасників АТО

Втрата комплексного підходу в лікуванні й реабілітації ветеранів найбільше навантажує перший фактор - 0,907. Позбавлення диспансерного нагляду за станом здоров'я ветеранів - $r=0,849$. Недолік комплексного підходу свідчить про знецінення такого принципу надання медичної допомоги як холистичність, а диспансерного нагляду – безперервність. Такі змінні як втрата соціального статусу ветерана війни в умовах первинної медичної допомоги, недостатнє фінансування закладів – із від'ємними знаками, що можна пояснити

впливом цих змінних на комплексний підхід. Цей фактор можна назвати «втрата холістичного принципу».

Другий був навантажений такими компонентами: недостатнє фінансування закладів ($r=0,706$); відсутність гарантованого пакета на реабілітацію учасників АТО ($r=0,780$); відсутня можливість оновлення матеріально-технічної бази($r=0,813$); низькі заробітні плати фахівців ($r=0,681$) (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Матриця компонентів (недоліки)

Елементи	Компоненти		
	1	2	3
Порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни	0,443	-0,028	0,709
Втрата соціального статусу ветерана війни на первинному рівні медичної допомоги	-0,616	0,116	0,669
Втрата диспансерного нагляду за станом здоров'я ветеранів	0,849	0,462	-0,006
Втрата комплексного підходу в лікуванні й реабілітації ветеранів	0,907	0,353	-0,045
Недостатнє фінансування закладів	-0,633	0,706	-0,096
Відсутність гарантованого пакета на реабілітацію учасників АТО	0,231	0,780	0,394
Відсутня можливість оновлення матеріально-технічної бази	0,463	0,813	0,124
Низькі заробітні плати фахівців	-0,451	0,681	-0,457

Зазначена компонента свідчила про матеріально-технічне забезпечення, тому й дістала аналогічну назву: «недостатнє матеріально-технічне забезпечення й фінансування процесу реабілітації»

Третя компонента була навантажена всього двома факторами: порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни ($r=0,709$); втрата соціального статусу ветерана війни в умовах первинної медичної допомоги ($r=0,669$).

Отже, на підставі отриманого результату третьої компоненти можна припустити, що нормативно-правова база підтримує ветеранів у відомчих

(військових медичних закладах), натомість у разі звернення в амбулаторію до лікаря загальної практики сімейної медицини пільги, якими користується ветеран, втрачаються. Отже, третя компонента дістала назву «прогалини в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо реабілітації».

Таким чином, ураховуючи результати даних фокус-групи й факторного аналізу, можна дійти висновку про розбіжності в реабілітації постраждалих від збройного конфлікту, які включають і взаємовиключають її переваги й недоліки. Основними характеристиками (рисами) стала доступність, яка спирається на таку перевагу як нормативно-правове забезпечення, прихильність, оскільки ці переваги сприяють своєчасному отриманню пацієнтом медичної допомоги, необхідної для отримання найкращих результатів, і участь досвідчених кадрів у реабілітації, що поліпшує функціональну доступність, а безкоштовна реабілітація поліпшує фінансову доступність.

Разом із тим, недостатнє матеріально-технічне забезпечення й фінансування процесу реабілітації, дефіцит кадрів, прогалини в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо реабілітації, обізнаність ветеранів про можливості реабілітації – усе це негативно впливає і на фінансову, і на інформаційну доступність. Доступність, своєю чергою, впливає на прихильність до реабілітації.

Фінансування програм реабілітації для учасників АТО – друга риса, яка відрізняє цю реабілітацію й підтримує її нормативно-правове забезпечення, що дозволяє здійснювати відновлення постраждалих унаслідок збройного конфлікту безкоштовно. У той же час, прогалини в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо реабілітації негативно впливають на фінансування цих програм і на матеріально-технічне забезпечення й фінансування процесу реабілітації.

Пільги для ветеранів щодо реабілітації підкріплені нормативно-правовим забезпеченням медичного, соціального захисту реабілітації ветеранів і позитивно відбиваються на прихильності до реабілітації. Знецінюється ця риса прогалинами в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо

реабілітації й недостатньому матеріально-технічному забезпеченні та фінансуванні процесу реабілітації. Те, що не всі ветерани знають про свої пільги, призводить до того, що вони ними не користуються.

Усебічність базується на нормативно-правовому забезпеченні медичного, соціального захисту реабілітації ветеранів, безкоштовному її проведенні, досвідчені кадри дозволяють притримуватися такої вимоги, і при цьому всебічність позитивно позначається на комплексному підході, прихильності до реабілітації. Звісно, що є недостатнє матеріально-технічне забезпечення й фінансування процесу реабілітації, дефіцит кадрів, прогалини в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо реабілітації, недостатня обізнаність ветеранів щодо можливості реабілітації, втрата холістичного принципу.

У цьому контексті ми розглядали всебічність, холістичність як вимоги, задекларовані в рекомендаціях ВООЗ до первинної допомоги. Усебічність охоплює пропаганду здоров'я, профілактику, контроль і реабілітацію. Холістичність – коли людиною займаються загалом у контексті сім'ї або громади. Комплексна реабілітація – поєднання медичної, психологічної, фізичної та соціальної.

Отже, проведений аналіз фокус-групи й факторний аналіз дозволили виявити недоліки в системі реабілітації учасників АТО і провести її корекцію з метою оптимізації й усунення виявлених недоліків, що було здійснено в наступному розділі (рис. 6.10).

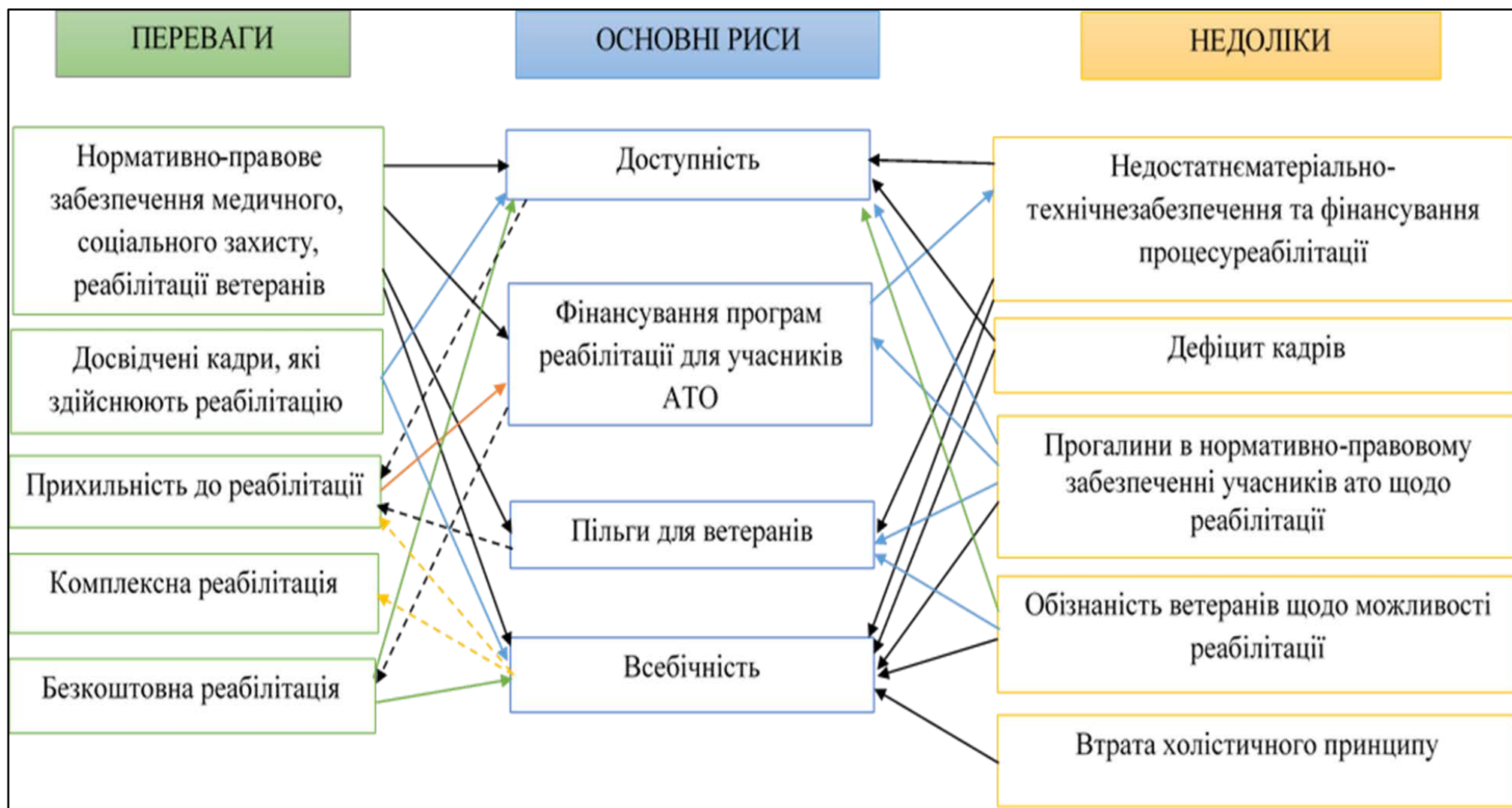


Рис. 6.10. Схема відповідності впливу недоліків і переваг на основні характеристики чинної системи реабілітації учасників АТО за результатами дослідження у фокус-групах й факторного аналізу

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6

1. Визначені переваги наявної системи реабілітації учасників АТО в Україні: безкоштовність реабілітаційних заходів, задекларована на нормативно-правовому рівні; сформована система соціального захисту; доступність до центрів медичної допомоги та реабілітації для ветеранів при госпіталях і лікарнях МВС.

2. Визначені недоліки наявної системи реабілітації учасників АТО в Україні: відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах закладів, підпорядкованих МО України; відсутність гарантованого пакету послуг із медичної реабілітації постраждалим в результаті збройного конфлікту, зокрема, пакету психосоціальної реабілітації; недостатня міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними та приватними надавачами соціальних і психологічних послуг, складний механізм міжгалузевої співпраці; неналежний рівень забезпечення фахівцями з реабілітації; втрата холістичного та комплексного підходів при плануванні реабілітаційних заходів; незадоволена потреба в реабілітації членів сімей учасників АТО; відсутність інформації в учасників АТО щодо можливості проведення реабілітації.

3. Доведено, що основним характеристиками системи реабілітації учасників АТО, яким вона повинна відповідати для задоволення їхніх потреб у реабілітаційній допомозі, мають бути: 1) доступність реабілітаційної допомоги, підкріплена нормативно-правовим регулюванням, прихильністю пацієнта до реабілітації, що сприяє своєчасності та результативності лікування, наявністю і високою кваліфікацією медичних кадрів, зокрема, фахівців з реабілітації, безкоштовністю медичної допомоги; 2) фінансування програм реабілітації фізичного і психічного здоров'я для учасників АТО; 3) холістичність, комплексність, усебічність, матеріально-технічне забезпечення реабілітаційної допомоги.

Результати дослідження, викладені в даному розділі, представлені в наступних публікаціях автора:

1. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3/1 (51). С. 9 – 13.
2. Харченко Н.В., Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз реабілітації учасників операції об'єднаних сил. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 2(80). С. 44 – 49.
3. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Забезпечення вторинною медичною допомогою та санаторно-курортним лікуванням учасників АТО. Світ медицини та біології. 2019. № 4 (70). С. 50-55.
4. Голованова І. А., Гавловський О.Д. Аналіз думки лікарів та пацієнтів – учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації. *Вісник проблем біології і медицини*. 2021. Вип. 1 (159). С. 351-354.

РОЗДІЛ 7

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ. ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ

В основу запропонованої нами системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами покладено чинники, виявлені в попередніх розділах дослідження: інформаційні й соціальні в результаті простої логістичної регресії й прогнозування за регресією Кокса відповідно (рис. 7.1).



Рис. 7.1. Фактори ризику виникнення стрес-асоційованих розладів у постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Узагальнивши фактори ризику виникнення психологічних ознак, проявів порушень вегетативної нервової системи, стрес-асоційованих розладів, проведено їх групування.

1. Соціальні фактори:
 - a. Самотні;
 - b. Добровольці;
 - c. Безробітні;
 - d. Негативний дитячий досвід.
2. Організаційні:
 - a. Перебування в зоні конфлікту більше 18 місяців;
 - b. Відсутність гарантованого пакета;
 - c. Відсутність наступності;
 - d. Недосконала нормативно-правова база;
 - e. Втрата безперервності.
3. Інформаційні:
 - a. Обізнаність учасників АТО про необхідність реабілітації.

Для побудови системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами було використано дефініцію власне поняття «система» (Σύστημα), що з грецької перекладається як «сполучення», «ціле», «з'єднання» - множина взаємопов'язаних складових, які формують єдине ціле, взаємодіють із середовищем та між собою, а також мають визначену мету [152].

У центрі системи реабілітації має бути людина, яка входить у зону конфлікту добровольцем, мобілізованим, а потім повертається до мирного життя – вже ветераном і може знову повернутися до військових дій. Відбуваються не лише соматичні зміни в здоров'ї у вигляді поранення чи захворювання, але й відбувається тривале психічне перенавантаження, яке вимагає всебічного підходу до пацієнта. «Наприклад, хворий із травмою хребта може мати не одну, а кілька проблем, зокрема порушення координації рухів чи діяльності серцево-судинної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту тощо, і йому потрібно надати реабілітаційну допомогу не лише з приводу порушень хребта, але й відповідно до його функціонального стану

(що відповідає міжнародній класифікації функціонування), а не тільки за одним основним діагнозом» [120]. У ролі вихідного безлічі категорій системи реабілітації можна виділити такі:

- входи й виходи системи – мобілізовані, добровольці, ветерани;
- підсистеми реабілітації та їхні функціональні зв'язки, що реалізують вимоги законодавства України.

Реабілітацію можна розглядати трьома способами:

- процес реабілітації: «що робити для відновлення здоров'я?»
- структури, необхідні для реабілітації: що потрібно для реабілітації?
- очікувані результати реабілітації: «який результат?» [412].

Отже, на змодельованій контекстній діаграмі системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами в боксах зображені структурою процес, а стрілками показано взаємодію між ними.

Стратегічна мета АТО – захист Батьківщини – покликана зміцнити дух бійців і стати рушійною цінністю їхнього перебування в зоні конфлікту. Точка зору – це позиція аналітика, який відповідав би і стежив за здоров'ям бійця від початку його служби і до демобілізації, в процесі перебування бійця на території військової сутички. У попередніх розділах підтверджено, що нині за здоров'я бійців відповідають Міністерства охорони здоров'я, внутрішніх справ, Збройних сил й Міністерство у справах ветеранів – і така відповідальність недоречна, оскільки функції перекриваються, дублюються і взагалі не виконуються через нерозмежування повноважень між цими міністерствами.

Тому моделлю передбачено нагляд за здоров'ям і бійців, і ветеранів скоординувати під опіку Міністерства у справах ветеранів таким чином, щоб на місцях організувати відповідні відділи, куди б міг звернутися воїн після служби в АТО (рис. 7.2). Це міністерство буде виконувати й функцію нормативно-правового



Рис. 7.2. Контекстна діаграма системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами

регулювання, яка б сприяла досягненню поставленої мети – збереження й відновлення здоров'я постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами.

Стадії реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій нами були розмежовані відповідно до військового обов'язку громадяни України, що класифікується на наступні категорії (Закон України від 25.03.1992 №2232-XII) [165]:

- допризовники - особи, які підлягають приписці до призовних дільниць;
- призовники - особи, приписані до призовних дільниць;
- військовослужбовці - особи, які проходять військову службу.

У цьому Законі йдеться про «Підготовку громадян України до військової служби». В умовах АТО згідно зі статтею 15 Закону України № 116-VIII від 15.01.2015 будь-який громадянин України чоловічої статі, якому до дня відправлення у військові частини виповнилося 18 років, і старші особи, які не

досягли 27-річного віку і не мають права на звільнення або відстрочку від призову на строкову військову службу, може бути зарахований до лав ЗСУ [167, 195].

Тож, ураховуючи результати наших досліджень, які показали вплив негативного дитячого досвіду на виникнення стрес-асоційованих розладів, вважаємо за доцільне розпочати підготовку ще в шкільному віці, виховуючи в дітей – майбутніх захисників вітчизни любов і патріотичне ставлення до Батьківщини. Крім того, в документах ОБСЄ [141] зазначено, що реабілітаційна психологія як навчальна дисципліна [41] – це інтегративна дисципліна, яка базується на наукових дослідженнях загальної, соціальної, клінічної, вікової, педагогічної галузей психології, а також психології екстремальних ситуацій, реабілітаційної медицини, психології девіантної поведінки тощо. Тобто, реабілітаційна психологія включає і вікову дитячу психологію, і педагогіку, таким чином охоплюючи не лише стан людини, коли вона перебуває в кризовій ситуації, але й у звичайному стані. Адже реабілітація – це навчання розв’язанню проблем, фокусується на обмеженнях діяльності й спрямована на оптимізацію соціальної участі пацієнтів, поліпшення їхнього добробуту, а значить, зменшення навантаження на опікуна /сім’ї [412].

Найбільш інформативною при моделюванні SADT інструментарію вважається декомпозиція Топ-діаграми. Її називають А0-діаграмою. На рис. 7.3 представлена А0-діаграма, яка описує процес реабілітації ще задовго до можливого рекрутингу – з дошкільного віку і закінчуючи поверненням із зони конфлікту.

Тому наступним розгортанням діаграми стала послідовність етапів реабілітації з метою збереження й відновлення здоров’я бійців, розглянувши їх із точки зору й цивільного, і військового життя. Діаграма побудована таким чином, що у верхніх рядах боксів показані процеси, які відбуваються у визначених структурах загального спрямування, а в нижньому – зі спеціалізованою метою – на запобігання виникненню ПТСР. Для ефективної реабілітації на рівні держави й місцевого самоврядування необхідно забезпечити нормативно-правову базу, яка б стала правовою підтримкою її впровадження на всіх етапах.



Рис. 7.3. А0-діаграма етапів системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

На першому етапі – дитинства – дошкільного і шкільного віку, у тому числі й допризовники – під опікою Міністерства освіти та науки, а на місцевому рівні – департамент – організовують позакласну роботу, особливу увагу звертаючи на патріотичне виховання й роботу з батьками для виявлення неблагополучних сімей, аби запобігти чи припинити формування негативного дитячого досвіду, який може скластися в родині. Важливим вважаємо предмет «Соціально-побутове орієнтування» [260], який необхідно викладати не лише в спеціалізованих, але й в загальноосвітніх школах, де вчитель із соціально-побутового орієнтування не тільки систематично формує й удосконалює в учнів необхідні навички самообслуговування, ведення домашнього господарства, орієнтування в навколишній дійсності, але й сприяє засвоєнню морально-етичних норм поведінки, вихованню навичок спілкування. Під час таких занять широко застосовуються сюжетно-рольові ігри, де учень підсвідомо моделює поведінку батьків і в випадку

неблагополучної родини приверне увагу і психолога, і класного керівника, які звернуться до соціальних служб, аби захистити дитину.

Другий рівень – призовний. Під егідою Міністерств Збройних сил України та внутрішніх справ необхідно провести попередній медичний огляд, аби виявити тих, хто за показниками здоров'я може служити в зоні збройного конфлікту. Важливим превентивним заходом медико-психологічної реабілітації, який необхідно застосовувати на всіх етапах, є проведення психофізіологічної діагностики учасників АТО для оцінки рівня розвитку їхніх професійно важливих якостей (ПВЯ) та індивідуальних резервів адаптації з метою визначення придатності до військово-професійної діяльності або потреби й методів лікування чи реабілітації, а також моніторингу динаміки ПВЯ й індивідуальних резервів увсі періоди служби, лікування, реабілітації [53]. Психофізіологічна діагностика дозволяє на ранніх етапах визначити осіб з ослабленими адаптаційними можливостями й високою ймовірністю ранніх і тяжких проявів БПТ та її наслідків, а також учасно визначити індивідуальну тактику і способи профілактики й відновлення кожної обстеженої особи, адже вірогідність і тяжкість проявів БПТ значною мірою зумовлені її психофізіологічними особливостями [328]. Важливою кадровою складовою медичної комісії мають стати психіатр і психолог, які шляхом визначення рівня психічного здоров'я й типу вищої нервової діяльності призовника змогли б запобігти розвитку стрес-асоційованих розладів, та відсіяти людей із вразливим типом нервової системи [61].

Третій рівень – безпосередня служба в зоні АТО або інших військових подій. Перш за все, беручи до уваги той факт, що служба понад 10 місяців є ризиком виникнення стрес-асоційованих розладів, необхідно притримуватися цього терміну, а командному складуі ЗСУ, і МВС не допускати його перевищення, надаючи військовослужбовцям відпустку. За організаційний спектр реалізації завдань реабілітаційної психології відповідають фахівці, які забезпечують менеджмент реабілітаційних процесів, законодавче і правове забезпечення цих процесів на різних державних, громадських і соціальних рівнях [260]. Як указано в документі ОБСЄ, «мультидисциплінарна команда – це група фахівців із реабілітації (лікарі,

спеціалісти з фізичної терапії, ерготерапії, педагоги, психологи, соціальні працівники, капелани та ін.), які тривалий час працюють разом і надають реабілітаційні послуги особі (чи групі людей), що потребують реабілітації, у паралельному режимі відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності» [308]. Зазначена категорія людей готується на тренінгах під егідою Міністерства у справах ветеранів, які можуть запрошувати закордонних партнерів із досвідом роботи під час воєнних дій. У зоні АТО ця група може бути обмежена лікарем, фельдшером, капеланом, психологом і командиром, який підтримує дух бійців. У той час, коли лікар і фельдшер надають медичну допомогу, капелан проводить духовні бесіди, які підтримують душевний спокій, тоді як «функція психолога на фронті більше стосується стрес-менеджменту, першої психологічної допомоги. Адже за правилами тактичної медицини, у зоні обстрілу розслаблення пораненого небезпечно не лише для нього самого, а й для побратимів, яким його доведеться нести під кулями на собі. Вони всі стають мішенями. Тож бути при тямі, сконцентрованим – важливо для виживання. Так само це стосується і психологічного стану. Психотерапевтичну роботу варто відкласти до моменту, коли солдат буде в безпеці і його не чекатиме повернення на фронт: у зоні АТО це може принести більше шкоди, аніж користі» [227]. У свою чергу, сам командир може звернутися по допомогу до будь-кого з перерахованих учасників процесу реабілітації.

Із членами родини варто спілкуватися ще до повернення солдата додому. Великого значення нині надають громадським організаціям, але, на жаль, вони не мають штату, у них немає професійних психологів, які могли б підготувати сім'ю до зовсім іншого спілкування, стосунків із батьком чи сином або чоловіком, якого так довго чекали. Оскільки навіть якщо комбатант благополучно, фізично неушкодженим повернеться додому, перед ним самим та його сім'єю постануть нові, несподівані труднощі. Кожному учаснику бойових дій потрібен відповідний час для того, щоб адаптуватися до мирного життя. Із проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця родина зіштовхується вже в перший місяць після того, як він повернувся додому [110].

Усе ж комунікації – з боку громадських організацій і військової частини – не забезпечують систематичності й послідовності в їх реалізації.

Ураховуючи результати проведеного факторного аналізу й фокус-групи [120] про те, що координація системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій розгалужена між різними міністерствами й департаментами, а також відсутній зв'язок реабілітаційних центрів, госпіталів, соціальних служб із військкоматом, унаслідок чого частина ветеранів не охоплені медичним супроводом, продовжуючи композицію топ-діаграми, пропонуємо оптимізовану модель системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами.

На державному рівні координацією реабілітації ветеранів і бійців, на наше глибоке переконання, має займатися Міністерство у справах ветеранів, яке б розробляло і впроваджувало Програми реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту. Законодавчу базу необхідно вдосконалити таким чином, щоб провести професійну експертизу і внести пропозиції до проєкту Закону «Про реабілітацію учасників бойових дій та антитерористичної операції». Активізувати роботу щодо узгодження і прийняття Закону «Про капеланську службу» (рис. 7.4). Міністерству освіти і науки необхідно законодавчо врегулювати навчання в медичних ЗВО для слухачів післядипломної освіти, урахувати потреби в спеціалістах і фахівцях з реабілітації та інших: фізичний терапевт, ерготерапевт, лікар для ветеранів, медичний психолог. Для студентів медичних ЗВО включити в освітні програми питання з реабілітації й ерготерапії. У закладах фахової передвищої освіти готувати капеланів, фельдшерів, які б опікувалися постраждалими внаслідок бойових дій.

Організатори охорони здоров'я в проведеному нами опитуванні зазначили, що відсутній зв'язок між госпіталем, де ветеран проходить реабілітацію або лікування, отримує спеціалізовану медичну допомогу, і амбулаторно-поліклінічним етапом, зокрема, в умовах первинної медичної допомоги. Ця послідовність надзвичайно важлива для відновлення здоров'я ветерана і, як уже зазначалося в нашому дослідженні, нині вона покладена на сімейного лікаря, до якого військовослужбовець не завжди потрапляє, тому МОЗ необхідно відновити посаду

лікаря для ветеранів, який би координував їхню реабілітацію й лікування, а також вів диспансерний нагляд.

При міських/районних радах має бути уніфікована для всіх структура, яка б мала зв'язок із госпіталями й лікарями для ветеранів, громадськими організаціями, із військкоматом, куди б працівники направляли ветерана.

На виконання Указу Президента України № 150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» розпорядженнями голів деяких обласних державних адміністрацій створені Центри допомоги учасникам антитерористичної операції.

Досліджуючи завдання Центрів (Київська, Запорізька, Дніпропетровська, Полтавська обласні державні адміністрації), ми виділили такі основні:

1) сприяння у виконанні Конституції України, Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», інших нормативно-правових актів, розпоряджень голови облдержадміністрації, рішень обласної ради, які стосуються захисту прав та інтересів учасників антитерористичної операції та членів сімей загиблих;

2) виконання аналізу стану соціально-правової захищеності учасників антитерористичної операції, сприяння реалізації державної політики у сфері їхнього соціального захисту;

3) підготовка пропозицій щодо розробки проєктів обласних програм соціального захисту учасників антитерористичної операції;

4) сприяння взаємодії громадських організацій учасників антитерористичної операції з місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами й організаціями всіх форм власності;

5) сприяння взаємодії державних установ, громадських і благодійних організацій, волонтерів, військових частин щодо соціальної й матеріальної підтримки учасників антитерористичної операції, членів їхніх сімей і членів сімей загиблих.

Проаналізувавши отримані нами дані щодо організації реабілітації від безпосередніх її учасників – організаторів ОЗ, ми дійшли висновків, що обов'язковими завданнями цієї структури, крім вищезазначених, мають бути:

- постійне навчання капеланів, психологів, лікарів, фельдшерів, заступників командирів особовим складом мобілізованих у зону АТО силами ЗВО, ЗПВО, а також організацією спеціальних курсів підготовки;
- налагодження комунікацій із призовником і його родиною; військовим комісаріатом; мережею медичних закладів; мережею соціальних служб; обласними центрами зайнятості; ЗВО і ЗПВО;
- інформативно-просвітницька робота з призовником і його родиною;
- супровід бійця до реабілітаційного центру й соціальних служб;
- юридичне і правове консультування щодо отримання статусу учасника АТО й пільг.

Як зазначено в Розпорядженні, до складу Центру входять: керівник центру – координатор із питань взаємодії з органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, правоохоронними органами; координатор із питань медичної допомоги й соціальної реабілітації; координатор із питань юридичної допомоги; координатор із питань соціальної допомоги й роботи з волонтерами; консультанти; оператори «гарячої» телефонної лінії.

Щоб реабілітація була комплексною, необхідно до вищеперерахованого складу увести мультидисциплінарну команду, де мають бути юрист, соціальний працівник, лікар-організатор ОЗ, лікар-реабітолог, психолог, педагог-соціолог, капелан, представник військкомату, інструктор із ЛФК / спорту. Вагомим для роботи Департаменту є виділення коштів із місцевого бюджету для програми реабілітації ветеранів (рис. 7.4).

Тоді маршрут від призовника до ветерана відбувався б таким чином. Перед мобілізацією воїна військкомат направляє його до Департаменту у справах ветеранів, де з ним і його родиною проводять інформаційні бесіди, психологічні, духовні тренінги, чітко даючи зрозуміти, що після демобілізації воїн має звернутися в цей підрозділ. Під час перебування в зоні АТО Департамент налагоджує

комунікації з родиною, куди її члени завжди можуть звернутися й отримати психологічну, інформаційну підтримку. Також співробітники департаменту тримають зв'язок із самим бійцем і заступником командира з особового складу. У такому разі після повернення ветеран чітко б знав, щойому треба звернутися в Департамент. Якщо ж цього не відбулося, співробітник Департаменту сам розшукає комбатанта для направлення його до соціальних служб, реабілітацію, а саме до лікаря для ветеранів за місцем проживання, а також виконує юридичний супровід для отримання статусу учасника АТО.

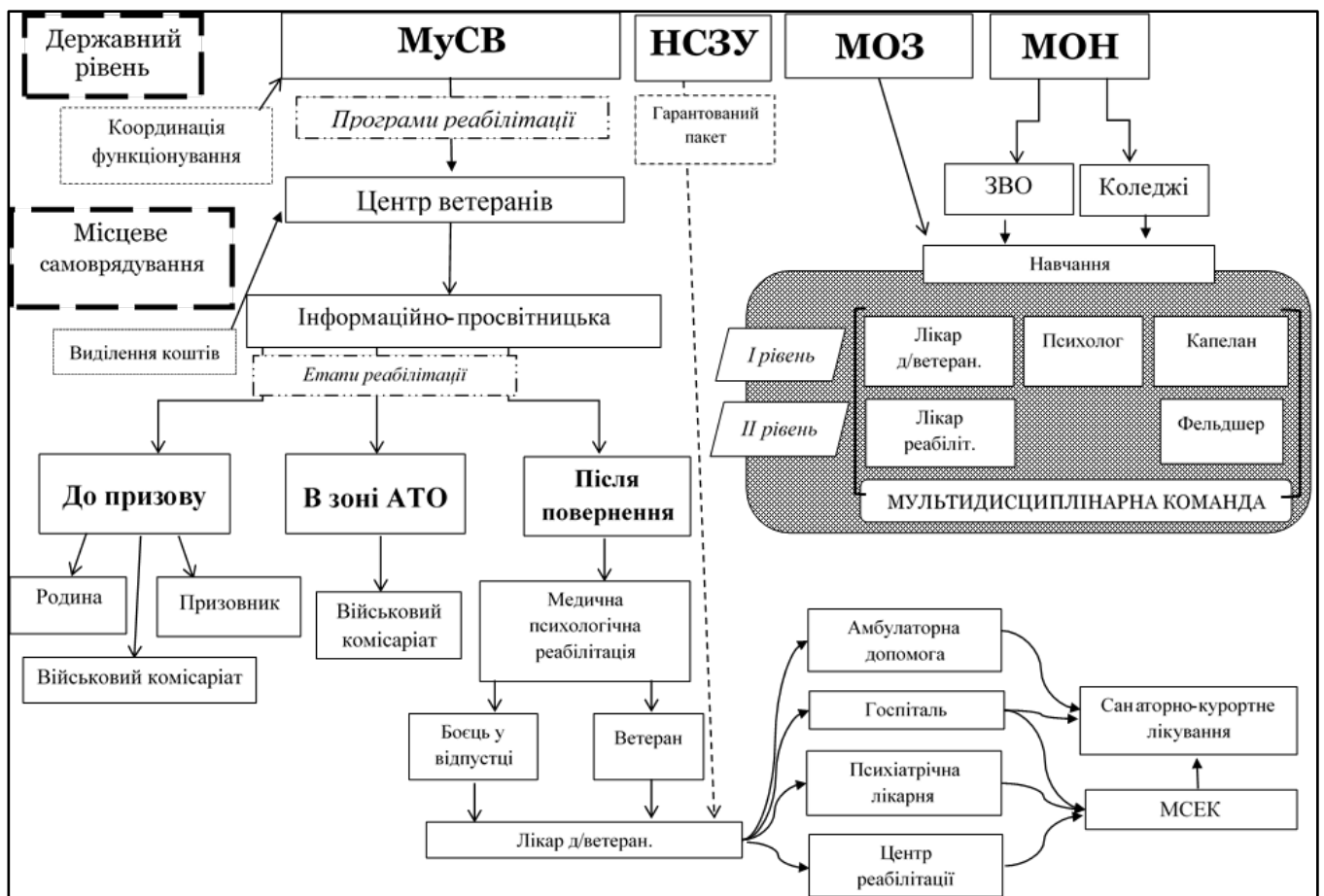


Рис. 7.4. Оптимізована модель системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Після повернення із зони конфлікту необхідно пройти всебічне обстеження в амбулаторії, яке б включало і огляд терапевта, і функціональні рентгенологічні лабораторні обстеження, з метою визначення подальшого маршруту ветерана – чи

це буде госпіталь, чи центр реабілітації. Отже, організація медико-психологічної реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами починається з направлення лікаря Департаменту до лікаря для ветеранів амбулаторії за місцем проживання, де комбатант отримує первинну медичну допомогу, а за необхідності – направлення в госпіталь або психоневрологічний диспансер, після чого – у разі потреби – прямує на МСЕК і, нарешті, – санаторно-курортна реабілітація, після якої воїн знову повертається до лікаря для ветеранів для диспансерного нагляду. Важливим є центр реабілітації для постраждалих унаслідок збройного конфлікту, який може бути і при госпіталі, й окремою структурою. Для реалізації цього необхідно забезпечити функціонування мережі госпіталів для ветеранів війни шляхом укладання договорів із НСЗУ щодо гарантованого пакета для реабілітації ветеранів і на первинному, і на вторинному рівнях надання медичної допомоги. Допомогати залученню мережі госпіталів для ветеранів з метою втілення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації й соціальної та професійної реадaptaції учасників АТО.

Останньою декомпозицією ТОП-діаграми, де повністю була проведена її деталізація, стала схема видів реабілітації на кожному з її етапів (рис. 7.5).

Принцип холістичності в реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту здійснюється через поєднання медичної, психологічної, фізичної, соціальної реабілітацій, у центрі яких знаходиться призовник, мобілізований і ветеран.

До призову медична реабілітація здійснюється силами медичної комісії військкомату, де також відбувається і психологічна – заступником командира з особового складу і психологом із обласного Центру, фізична реабілітація здійснюється інструктором зі спорту, соціальна – це роз'яснення комісією, як комбатант зможе зв'язатися зі своєю родиною.

У зоні АТО: медична реабілітація – на медичних пунктах – це перша медична допомога, яку надають фельдшер, лікар військової частини; фізичну реабілітацію забезпечує командир підрозділу у вигляді фізичної підготовки; психологічна реабілітація відбувається у вигляді коротких психологічних тренінгів в перервах між

боєм, духовних бесід з капеланом; соціальна реабілітація передбачає можливість комунікації з родиною, друзями.

Після повернення із зони АТО, як уже згадувалося, через військкомат ветеран звертається до Центру, де медичний працівник направляє його до лікаря для ветеранів. Із цього моменту розпочинається медична реабілітація. Лікар проводить медичний огляд, до якого залучає фахівців різних профілів. За необхідності направляє в госпіталь для ветеранів або ж у психіатричну лікарню. У госпіталі для ветеранів, де створені центри реабілітації, ветеран проходить і медичну, і фізичну реабілітацію, мануальне втручання.

Аби якісно розв'язати психоемоційну проблему, пов'язану з психогенною ситуацією, необхідно звільнити тіло від тих реакцій, які вона викликала. Психогенна ситуація залишає відображену соматичну реакцію як «пам'ять» про проблему, соматична фіксація не дозволяє людині повністю звільнитися від неї. З іншого боку, щоб якісно розв'язати соматичну проблему, потрібно усвідомити психогенну ситуацію [3]. Через те ми використовували фізичне (мануальне) втручання та психологічне, яке спиралося на когнітивне усвідомлення проблеми.

У процесі мануального втручання, поєднаного з вербалізацією проблеми, досягається максимально швидкий терапевтичний ефект [241]. У стані тривоги, депресії порушується патерн дихання в бік укорочення видиху, організм постійно перебуває в стані фонового стресового порушення, яке позначається і на фізіологічних процесах, і на емоційно-поведінковому аспекті життя.

Тому для припинення тривожності доктором Девідом Берселі було запропоновано спеціальну методика, яка охоплює вправи для усунення напруженості, стресу й травматичного досвіду. Tension, Stress und Trauma Releasing Exercises (TRE) складаються з семи вправ, які використовуються для стимулювання нейрогенного тремтіння. Мета цього тремтіння – полегшити симптоматику посттравматичних синдромів стресових розладів і наступних скарг, що викликаються стресом. TRE-вправи впливають на дихання, яке, своєю чергою, тісно пов'язане з діяльністю нервової системи [36].

Психологічну реабілітацію проводять різними методами: ART-терапія, робота з уявними образами, психокорекція, навчання навичок саморегуляції, соціально-психологічні тренінги, до переліку яких ми пропонуємо внести тренінги, засновані на «Піраміді Ділтса».

Виявлені цінності стали ключем для розв'язання психологічних проблем через тренінг, в основу якого була покладена «Піраміда логічних рівнів Р. Ділтса», яка допомагає фахівцю-психологу працювати з мотивацією ветерана, таким чином повертати його до умов мирного життя (рис. 7.5).

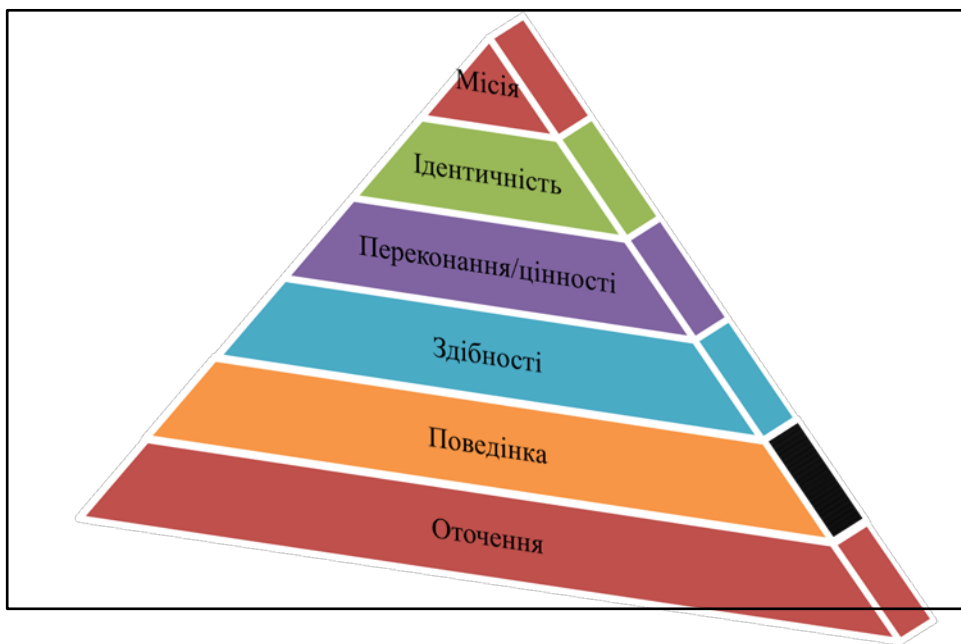


Рис. 7.5. Піраміда логічних рівнів Р. Ділтса

Як і будь-яка піраміда, вона має рівні, послідовне проходження яких знизу вгору, а також зверху вниз дозволяє усвідомити й управляти процесом існування в цілому й адаптації, як окремого випадку, що розглядається. Для вирішення питання мотивації до умов мирного життя необхідно:

- 1) на нижньому рівні – «Оточення» – сформулювати уявлення про те, де, коли і з ким бачить себе сьогоднішній ветеран завтра. Етап психологічної реабілітації на рівні розмов із капеланом, психологом військової частини, перед мобілізацією. Після повернення комбатанта додому це може стати початком соціальної та психологічної реабілітації;

2) на другому рівні – «Поведінка, дії» – визначити зміни, які бачить ветерану собі, і швидкість цих змін, що для цього необхідно зробити;

3) на третьому рівні – «Здібності» – сформулювати чітке розуміння того, що людина вміє. На цьому рівні важлива пропозиція щодо навчання заради здобуття нового фаху або отримання кваліфікації за здібностями. Досвідчений психолог або психотерапевт, дослідивши нездійсненні проєкти і мрії, може допомогти в пошуку закладу освіти й указати шлях до власної самореалізації. Цей рівень повністю відповідає професійній і психічній реабілітації, адже на заняттях комбатанти зможуть сформулювати вміння й навички, які реалізовуватимуть у майбутньому;

4) четвертий рівень – «Цінності». На цьому етапі важливі розмови щодо усвідомлення цінностей адаптації й соціалізації, про що йшлося вище. Такі бесіди можна розпочинати ще до того, як комбатант потрапить у зону конфлікту, і продовжувати їх протягом перебування в цій зоні, а також після повернення до мирного життя;

5) на п'ятому рівні – «Самоідентифікація» – самовідчуття, усвідомлення людиною свого місця й ролі у світі. Може включати ототожнення з роботою, релігією, сімейним станом і т. д. Це тлумачення подій із точки зору самооцінки. Важливо, щоб думка про себе не стала деструктивною для сприйняття навколишньої дійсності й надихала ветерана до розвитку, самопізнання й щасливого життя. Доцільно формувати самоідентифікацію, ще перебуваючи в зоні АТО.

6) на верхньому рівні – «Місія» – необхідно допомогти ветерану усвідомлено самостійно відповісти собі на запитання: «Навіщо?», «Заради чого?», «У чому сенс?». Це дозволить побачити завершальну мету перебування в АТО. Цілком можливо, проходження цього рівня покаже, яку тактику психотерапевтичного навчання обрати бійцем чи ветераном АТО.

Психологічна й соціальна реабілітація відбувається і в госпіталі, і в Центрі для ветеранів, де інформують і роз'яснюють про можливість отримання статусу учасника АТО, пільг, а з допомогою педагога професійно зорієнтують ветерана.

Соціальна реабілітація полягатиме в допомозі учаснику АТО в отриманні його статусу, роз'ясненні про можливість одержання пільг, інформуванні щодо можливого працевлаштування чи навчання.

На всіх етапах медичної допомоги ветеран може звернутися до Департаменту для отримання консультативного роз'яснення.

Таким чином, розв'язання проблеми доступності відбувається через взаємодію між військкоматом і Департаментом у справах ветеранів місцевих районних рад:

1. Вирішення наступництва стаціонарної й амбулаторної допомоги бійцям через створення амбулаторій при госпіталях і введення посади лікаря для ветеранів в умовах первинної медичної допомоги;

2. Вирішення холістичності, комплексності, усебічності через дії мультидисциплінарної команди – як у зоні АТО, так і в Департаменті у справах ветеранів місцевого рівня шляхом медичної, психологічної (робота з сім'ями, групова, індивідуальний психотерапевт), фізичної, соціальної реабілітації.

7.1. Імплементация окремих елементів системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами

Для інтервенції елементів системи ми використали дизайн-дослідження «до і після», або неконтрольоване дослідження, в якому на початку вимірювали показники функціонування вегетативної нервової системи й рівні тривожності, а потім проводили втручання з фізичної та психологічної реабілітації, після якого повторно їх вимірювали. У ролі фізичної реабілітації використовували методику доктора Девіда Берселі, сім вправ TRE, а до психологічної реабілітації включили тренінг за пірамідою Ділтса, ART-терапію, роботу з мислеобразами, психокорекцію, навчання навичок саморегуляції.

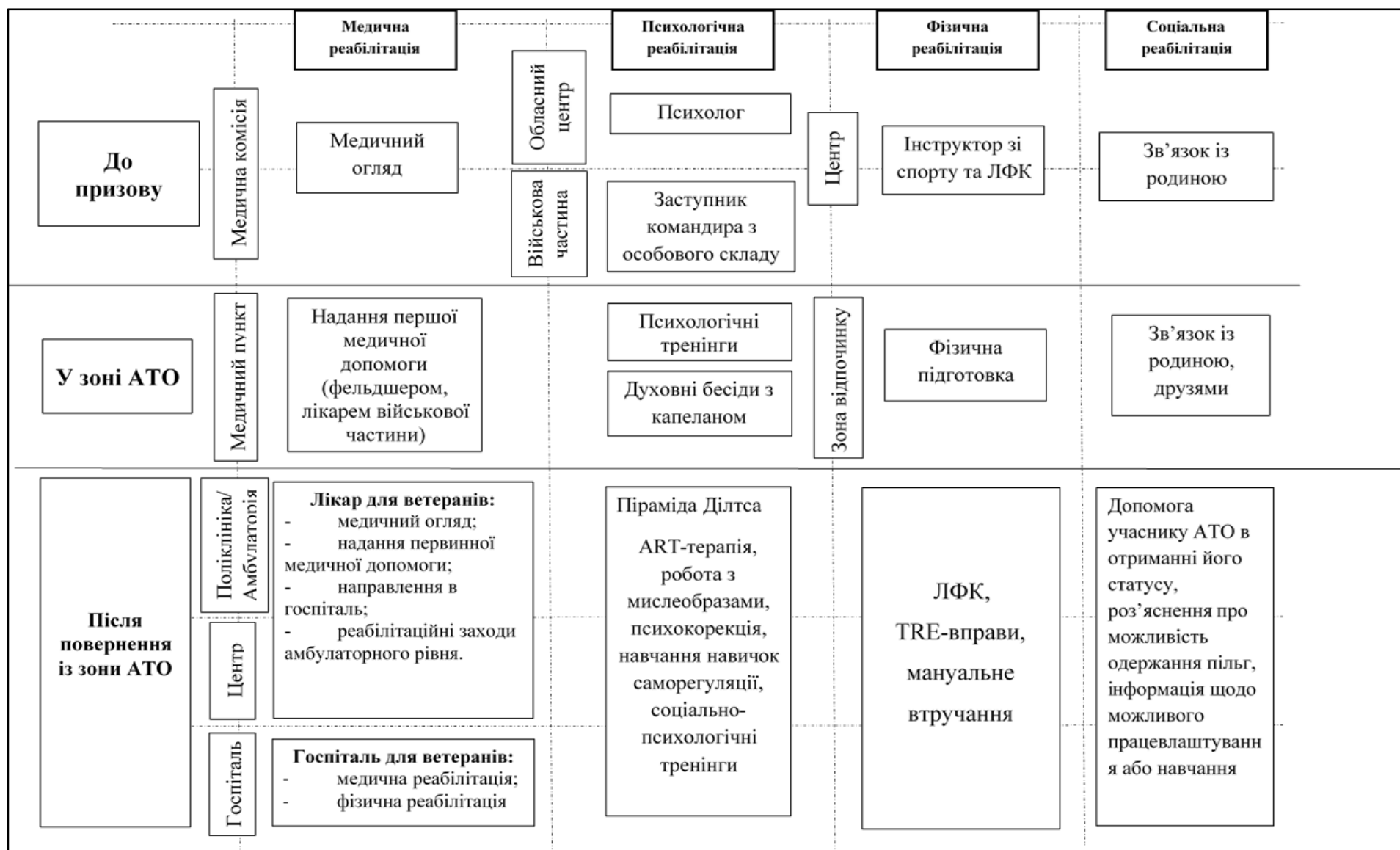


Рис. 7.6. Схема видів реабілітації на кожному з її етапів як декомпозиція бокса «етапи реабілітації»

Вимірювали частоту параметрів центральної гемодинаміки: частоту серцевих скорочень, АТ в учасників АТО. Середній вік респондентів становив $41,8 \pm 13,229$ [95% ДІ 36,80 - 46,86]. Їхні середні значення наведено в таблиці 7.1. Як засвідчує National Heart, Lung and Blood Institute - АНА/ННЛБІ, USA, нормальний кров'яний тиск для більшості здорових людей складає 120/80 мм рт. ст. і менше, натомість, як показали проведені нами дослідження, цей показник вищий.

Таблиця 7.1

Параметри центральної гемодинаміки учасників АТО

Показники	Параметри центральної гемодинаміки учасників АТО M+m (n=75)
ЧСС	$86,6 \pm 1,05$
Систолічний АТ	$137,4 \pm 1,59$
Діастолічний АТ	$90,1 \pm 1,05$
Систолічний об'єм крові	$3801,3 \pm 75,1$

На початку було встановлено, що в усіх досліджуваних пацієнтів спостерігалися різні ступені тривожності: у 22-х бал варіював від 27 до 29, що вказувало на низький рівень тривожності, у 31 – від 33 до 45 (середній рівень) і у 22-х осіб бал займав діапазон 46-48 (високий рівень) (табл. 7.2).

Через 10 днів, після чергового психометричного оцінювання, було виявлено, що в досліджуваній групі, яка отримувала фізичну й психотерапевтичну реабілітацію, кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 4 особи (10,9%), із середнім рівнем – 19 осіб (48,6%), із низьким рівнем – 14 осіб (40,5%), середній бал тривожності складав 32,92. У групі, яка отримувала лише психотерапевтичну допомогу, кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 7 осіб (18,4%), із середнім рівнем – 17 осіб (44,7%), із низьким – 14 осіб (36,9%), середній бал тривожності складав 36,46.

Бал тривожності в контрольній групі був вищий на 7%, ніж у досліджуваних. ($p < 0,05$) (табл.7.3). Найкращі результати показала група, яка отримувала комбіноване втручання.

Таблиця 7.2

**Рівень ситуативної тривожності в учасників АТО
за Спілбергером-Ханінім**

Рівень тривожності	Кількість осіб із виявленою тривожністю за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна абс (%)
Висока тривожність (n=22)	22 (29,3)
Помірна тривожність (n=31)	31 (41,3)
Низька тривожність (n=22)	22 (27,7)

Таблиця 7.3

**Рівень ситуативної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханінім
через 10 днів після початку проведення реабілітації**

Рівень тривожності	Кількість осіб із виявленою тривожністю за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна абс (%)	Кількість осіб із виявленою тривожністю при проведенні психологічного втручання абс (%)	Кількість осіб із виявленою тривожністю при проведенні комбінованого лікування абс (%)	p₁₋₂	p₁₋₃	p₂₋₃
Висока тривожність (n=22)	22 (29,3)	7 (18,4)	4 (10,9)	0,001	0,003	0,36
Помірна тривожність (n=31)	31 (41,3)	17 (44,7)	19 (48,6)	0,005	0,006	0,58
Низька тривожність (n=22)	22 (27,7)	14 (36,9)	14 (40,5)	0,07	0,05	0,98

Через 21 день, після завершального психометричного оцінювання, було виявлено, що в групі з комбінованим втручанням кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 0 осіб, із середнім рівнем – 20 осіб (54,05%), із низьким – 17 осіб (45,95%). У контрольній групі кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 1 особа (2,6%), із помірним – 21 особа (55,3%), із низьким – 16 осіб (42,1%), середній бал тривожності– 34,6. Кількість ветеранів із помірною тривожністю на 21-й день після комбінованого втручання вірогідно зменшилась у 1,5 рази ($p=0,05$). Вірогідні розбіжності в рівнях тривожності до й після лікування виявилися при середньому рівні тривожності (табл. 7.4).

Таблиця 7.4

Рівень ситуативної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханінім через 21 день після початку проведення реабілітації

Рівень тривожності	Кількість осіб із виявленою тривожністю за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханініа абс (%) Група 1	Кількість осіб із виявленою тривожністю при проведенні психологічного втручання абс (%)	Кількість осіб із виявленою тривожністю при проведенні комбінованого лікування абс (%)	p 1-2	p 1-3	p 2-3
Висока тривожність (n=22)	22 (29,3)	1 (2,6)	0 (0)			0,001
Помірна тривожність (n=31)	31 (41,3)	21 (55,3)	20 (54,05)	0,04	0,05	0,65
Низька тривожність (n=22)	22 (27,7)	16 (42,1)	17 (45,95)	0,086	0,067	0,96

Отже, на 21 день найбільша кількість бійців була із середнім рівнем тривожності – 41 (54,6%), а 33 (44%) бійці мали низький рівень. Тому, виписуючи такого пацієнта, необхідно рекомендувати продовження психотерапії й TRE-вправи, які він виконував у стаціонарі за місцем проживання. Крім того, за час перебування в стаціонарі й проведення психотерапії пацієнта необхідно

переконати в необхідності займатися своїм психічним здоров'ямі підтримувати спортивну форму.

Досліджуючи дію комбінованого втручання на вегетативну нервову систему, виявили поліпшення показників діяльності серцево-судинної системи: знизився й систолічний, і діастолічний АТ (табл.7.5).

Таблиця 7.5

Середні значення параметрів центральної гемодинаміки до/після втручання

	До М+m (n=75)	Після М+m (n=75)	p
ЧСС	86,6 ± 1,05	74,5 ± 0,74	>0,001
Систолічний АТ	137,4± 1,59	133,2± 1,39	0,050
Діастолічний АТ	90,1 ± 1,05	82,9 ± 0,62	>0,001
Систолічнийоб'ємкрові	3801,3 ± 75,1	3477,1 ± 54,88	0,001

Отже, у своєму дослідженні ми використовували два підходи, які лягли в основу психологічно-мануального втручання. З одного боку, вплив описується замкнутим колом патологічної імпульсації, що складається з міофасціального напруження, функціональних біомеханічних порушень, подразнення симпатичних гангліїв. Це коло стає субстратом для фіксації психогенної ситуації в тілі. Створюється певний ланцюжок пам'яті, який відновлюється при подачі «струму» або в черговій психогенній ситуації. Але в будь-якому разі «кнопка» для подачі «струму» міститься в психічній складовій цієї картини. Реалізація всього ланцюжка відбувається через міофасціальний синдром як прояв локального м'язового гіпертонусу на тлі психоемоційного напруження. Зниження послаблення гіпертонусу можливе при мануальному втручанні через

впливи на так звані м'язові спіралі й діафрагму. У процесі такого лікування TRE-вправи посилювали терапевтичний ефект [36]. Адже відомо, що при вдиху активізується так звана симпатична нервова система, яка відповідає за прискорення пульсу й підвищення тиску, загальне збудження організму; саме вона забезпечує реакцію стресу «бий або біжи». При видиху активізується парасимпатична нервова система, відповідальна за процеси гальмування й релаксації. У нормі вдих і видих мають рівномірно активізувати процеси збудження й гальмування. За допомогою цих вправ пацієнти досягали саме такого патерну дихання, чим, своєю чергою, впливали на діафрагму [36, 241].

З іншого боку, когнітивний підхід до вивчення й лікування ПТСР також став активно розроблятися. Нині когнітивний підхід визнаний одним із найефективніших засобів допомоги потерпілим. Методи когнітивного підходу включені у видане Американською психіатричною асоціацією «Керівництво з лікування посттравматичного стресового розладу» [35]. Когнітивний підхід дозволяє з іншої точки зору подивитися на ситуацію, яка склалася, і впевнитися у власному майбутньому, що також впливає на тривожність індивіда.

7.2. Побудова логічної моделі моніторингу і оцінки запропонованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Визначені нами недоліки й потреби системи були покладені в основу її МІО (рис. 7.7). Збір даних для моніторингу й оцінки – це шлях подолання прогалів, прокладений через індивідуальний, організаційний і системний рівні (рис. 8.8). На індивідуальному рівні великого значення набуває навчання учасників процесу системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій. Ресурсами процесу є фінанси – оплата тренерів Центру ветеранів. Тренерами можуть виступати коучі міжнародних організацій, які брали участь у подібних заходах. Фахівців з реабілітації навчають у закладах вищої медичної освіти

України, педагогами займаються педагогічні університети. Таким чином, індикаторами логічної моделі стали:

1. Число ветеранів, які звернулися до лікаря для ветеранів:

$$\text{Ветерани, які звернулися до лікаря,} = \frac{\text{Кількість ветеранів, які звернулися до лікаря для ветеранів}}{\text{Загальна кількість мобілізованих}} * 100$$

2. Число ветеранів, які звернулися до реабілітаційного центру:

$$\text{Ветерани, які звернулися до реабілітаційного центру,} = \frac{\text{Кількість ветеранів, які звернулися до реабілітаційного центру}}{\text{Загальна кількість мобілізованих}} * 100$$

3. Число навчених на тренінгах Центру для ветеранів лікарів/фельдшерів/капеланів/соціальних педагогів/ психологів/ заступників командирів з особової частини:

$$\text{Число навчених на тренінгах Центру для ветеранів} = \frac{\text{Кількість навчених на тренінгах Центру для ветеранів}}{\text{Загальна кількість фахівців, які працюють із ветеранами}} * 100$$

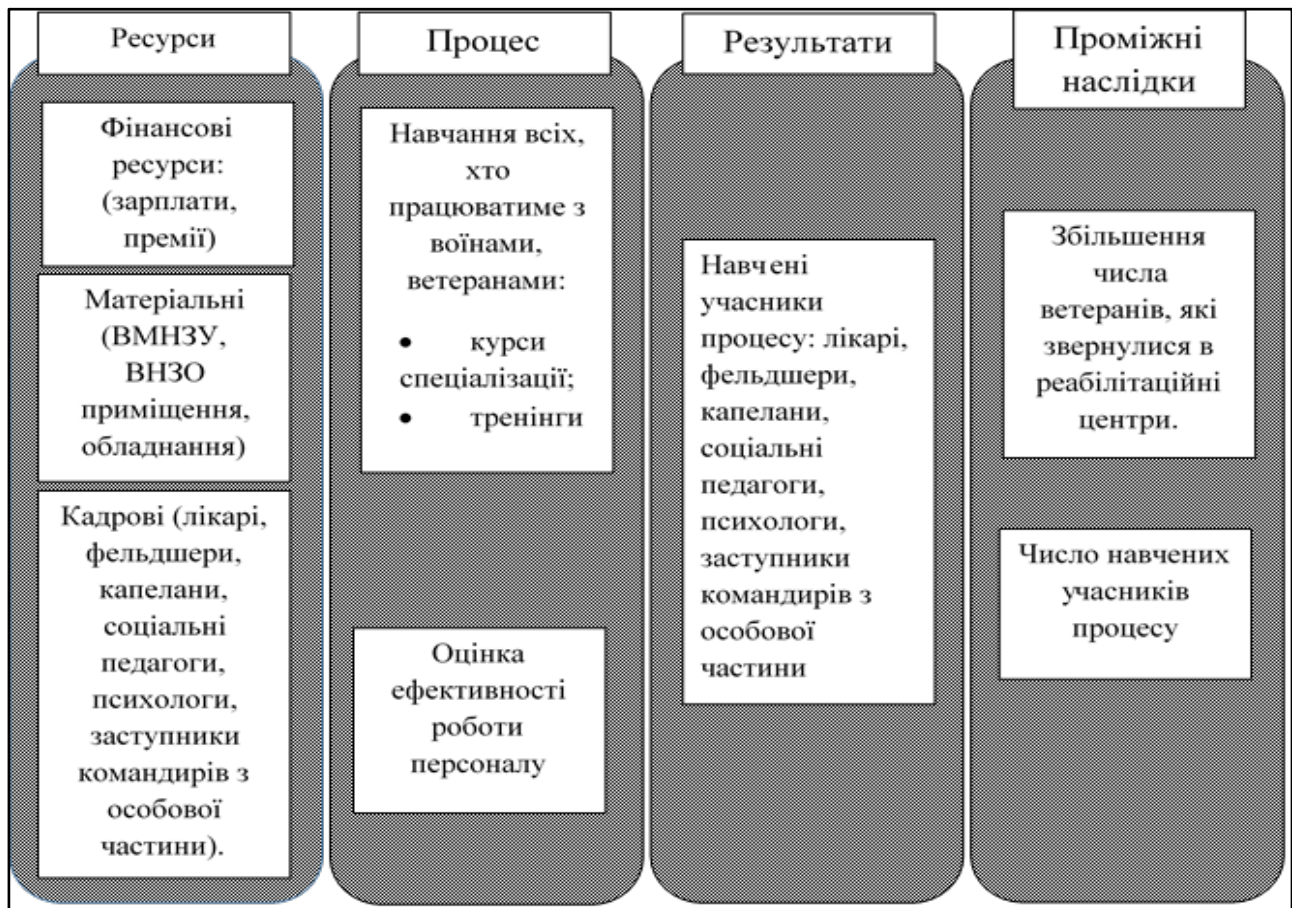


Рис.7.7. Логічна модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Для глибокої обізнаності ветерана щодо проходження маршруту реабілітації нами була розроблена «Маршрут реабілітації ветерана». Цю картку має видавати безпосередньо ветерану лікар або медичний працівник Центру ветеранів, який, відстежуючи етапи реабілітації, стає її активним учасником (рис. 7.8).



Рис. 7.8. Маршрут реабілітації ветерана

Концептуально розроблена система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами на етапі впровадження була запропонована експертам для проведення оцінювання.

Для оцінювання системи ми обрали її характеристики, які було визначено за допомогою фокус-групи й факторного аналізу в попередньому розділі. Таким чином, було поставлено запитання з провідною метою: «Чи можна за допомогою запропонованої нами системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту поліпшити?...» Чи можна за допомогою запропонованої нами системи досягти наступних її принципів, в яких були виявлені недоліки?» Усі ці ознаки в експертів набрали високу кількість балів. Коефіцієнт конкордації Кеделла становив 0,96.

**Експертна оцінка системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного
конфлікту зі стрес-асоційованими розладами за основними
характеристиками**

Основні характеристики системи реабілітації	Бали
Доступність	9,7±0,8
Привабливість	9,5±0,6
Наступність	9,6±1,0
Системність	9,7±0,9
Профілактична спрямованість	9,6±0,7
Комплексність	9,8±0,9
Холістичність	9,9±1,0
Інформативність	9,8±0,9
Прихильність до реабілітації	9,5±1,0
Фінансова доступність	9,4±0,9
Сприйняття ветеранів як героїв сьогодення	9,6±0,8

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 7

1. Обґрунтовано модель оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, яка охоплює сукупність організаційних управлінських елементів та інформаційних технологій, спрямованих на вчасне звернення ветерана й охоплення всіх учасників процесу реабілітаційними заходами. Методологією створення системи реабілітації послужила модель SADT, декомпозиція якої дозволила виявити всі проблеми в чинній системі й у процесі її побудови їх розв'язати.

2. В основу оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами покладено новітні інноваційні елементи: Центр ветеранів, який має підпорядковуватися МуСВ і виконувати координаційну роль; лікар для ветеранів, який в умовах первинної медичної допомоги організовує надання реабілітаційних заходів ветерану на усіх етапах медичної допомоги; відповідна підготовка й навчання мультидисциплінарної команди, яка бере участь у реабілітації й забезпечує якість і наступність у цьому процесі.

3. У запропонованій системі розмежовані функції між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ щодо системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами; розподілені обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв'язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

4. Часткове впровадження елементів системи шляхом комбінованого проведення психологічних тренінгів за пірамідою Ділтса й мануального

втручання з ЛФК і вправами TRE дозволило оцінити її медичну ефективність, яка полягала в поліпшенні показників параметрів центральної гемодинаміки: ЧСС із $86,6 \pm 1,05$ знизилася до $74,5 \pm 0,74$ ($p < 0,001$); діастолічний АТ – із $90,1 \pm 1,05$ до $82,9 \pm 0,62$ ($p < 0,001$); кількість ветеранів із помірною тривожністю на 21-й день після комбінованого втручання вірогідно зменшилась у 1,5 раза: 31 (41,3%) проти 20 (54,05%) ($p = 0,05$).

5. Створено логічну модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі.

Результати дослідження, викладені в даному розділі, представлені в наступних публікаціях автора:

1. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної організації (АТО) в Україні. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 1 (150). С. 275-279.

2. Гавловський О.Д., Голованова І. А., Страшко Є. Ю. Вплив мануального, психологічного втручання та виконання tre-вправ на стан тривожності учасників АТО, які знаходилися на санаторно-курортному лікуванні. Світ медицини та біології. 2019. №3(69). С. 35-38.

3. Havlovskyi O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values. *Проблеми екології та медицини*. 2020. – Т. 24, №1-2. – С. 20-23.

4. VyachslavM. Zhdan,OleksandrD. Havlovskyi.Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations.*Wiadomości Lekarskie*. 2020, tomLXXIII, № 6. S. 1272-1278.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено актуальність проблеми психічного здоров'я постраждалих унаслідок збройного конфлікту та невідповідність наявної системи реабілітації потребам ветеранів війни, учасників бойових дій, особам з інвалідністю та членам їхніх родин у його відновленні.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної загальнонаціональної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Установлено поступове збільшення контингенту ветеранів війни в Україні з 1 116 875 у 2016 році до 1 423380 у 2018 році (темپ приросту 27,44 %) та учасників бойових дій (на 14,3%), а також в окремих регіонах - чисельності інвалідів війни, що потребувало зростання обсягів амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, зокрема, диспансерного спостереження, з урахуванням характеру отриманих патологій в умовах військових подій.

2. З'ясовано, що в структурі госпіталізованої захворюваності на розлади психіки та поведінки в учасників бойових дій найвищий відсоток займали наступні патології: F40-48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (56,7% осіб); F30-39 «Розлади настрою» (16,0% осіб); F50-59 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами» (21,0% осіб). Структуру первинної інвалідності серед учасників АТО формували травми, отруєння та інші наслідки дій (0,74 на 1000 осіб), хвороби системи кровообігу (0,743 на 1000 осіб), кістково-м'язової системи (0,54 на 1000 осіб), органів травлення (0,17 на 1000 осіб), розлади психіки та поведінки (0,08 на 1000 осіб). Зростала чисельність інвалідів з третьою групою інвалідності (на 16,5% за 2016-2018 роки).

3. Визначені соціальні й демографічні фактори, які впливають на психоемоційний стан учасників АТО: відчуття збудливості та дратівливості в 1,8 раза частіше трапляється в чоловіків (ВШ 1,8 [95% ДІ (1,585-13,098)]), ($p<0,001$); безробітні ветерани в 4 рази частіше відчувають апатію, ніж ті, хто працює (ВШ 4,464 [95,0 % ДІ (1,709-11,665)]), ($p=0,002$); шанси мати кращий сон у бійців, які не працюють, на 54,0 % вищі, ніж у працюючих (ВШ 0,469 [95,0 % ДІ (0,254-0,868)]), ($p<0,001$); шанси мати відчуття «грудки в горлі» підвищуються на 10,0 % у жінок та одружених в 5,4 рази (ВШ 0,90 [95,0 % ДІ (0,502-1,632)]), ($p=0,011$); (ВШ 5,4 [95% ДІ (2,226-13,098)]), ($p<0,001$) відповідно.

4. Розкриті фактори ризику, що мають зв'язок зі стрес-асоційованими розладами: стан мобілізації - в добровольців рівень ПТСР сягав $73,81\pm5,5$, а в мобілізованих – $62,52\pm2,9$ ($p=0,050$); цивільний стан – рівень ПТСР в самотніх становив $72,87\pm5,3$, а в тих, що мешкають із сім'єю, – $62,32\pm2,5$ ($p=0,049$). Рівень депресії в самотніх – $11,57\pm2,0$ проти тих, хто живе з сім'єю, - $6,71\pm0,8$ ($p=0,010$), ситуативної тривожності: $41,63\pm1,6$ в самотніх проти $36,29\pm1,1$ у тих, хто проживає з сім'єю ($p=0,012$); особистісної тривожності: $50,72\pm1,2$ у самотніх проти $45,25\pm0,9$ в осіб, що живуть із сім'єю ($p=0,002$).

5. Доведено, що кумулятивний ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) підвищувався з 10-го місяця перебування в АТО під дією таких факторів: самотність учасника АТО: $\exp(\beta) 2,240$ ($p=0,033$); фактори фізичного й домашнього (в анамнезі) насильства: $\exp(\beta) 2,983$ ($p<0,001$), $\exp(\beta) 2,890$ ($p<0,001$) відповідно; депресія в одного з батьків: $\exp(\beta) 3,352$ ($p=0,002$).

6. Доведено недосконалість нормативно-правового регулювання щодо забезпечення реабілітаційною допомогою учасників АТО, а саме, відсутність єдиного логістичного механізму медичного забезпечення в закладах охорони здоров'я Міністерства Збройних сил України та медичних закладах інших міністерств і відомств; відсутність державної інституції, яка б координувала організацію реабілітації учасників АТО та відповідала б за здоров'я ветеранів війни та членів їхніх сімей.

7. Визначені недоліки наявної системи реабілітації учасників АТО та ветеранів війни в Україні: відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах закладів, підпорядкованих МО України; відсутність гарантованого пакету послуг із медичної реабілітації постраждалим в результаті збройного конфлікту, зокрема, пакету психосоціальної реабілітації; недостатня міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними та приватними надавачами соціальних і психологічних послуг, складний механізм міжгалузевої співпраці; неналежний рівень забезпечення фахівцями з реабілітації; втрата холістичного та комплексного підходів при плануванні реабілітаційних заходів; незадоволена потреба в реабілітації членів сімей учасників АТО; недостатня обізнаність ветеранів війни, учасників АТО щодо можливості отримання реабілітаційних заходів.

8. Виявлені недоліки обумовили медико-соціальне обґрунтування та розробку системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, сутєвими іноваційними елементами якої стали: Центр ветеранів у підпорядкуванні Міністерства у справах ветеранів, який виконує координаційну функцію в системі реабілітації; лікар для ветеранів, який координує надання медичної допомоги ветеранам війни/учасникам бойових дій в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги на персональному рівні; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, яка безпосередньо надає реабілітаційну допомогу, забезпечує її якість і наступність реабілітаційних заходів на усіх етапах медичної допомоги.

9. Відмінністю запропонованої системи слід вважати наскрізне поетапне охоплення реабілітацією громадян різного віку з військовим обов'язком захищати Батьківщину (допризовників, призовників, учасників бойових дій і ветеранів війни), з послідовним використанням комплексу превентивних реабілітаційних заходів соціально-освітнього змісту та реабілітаційної психології для дітей та молоді та психологічної, психотерапевтичної, фізичної, соціальної реабілітації учасників бойових дій та членів їх сімей.

10. У запропонованій системі розмежовано функції з організації реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ; розподілені обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв'язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

11. Доведено медичну ефективність частково імplementованої системи, яка полягає в зниженні тривожності й відновленні показників центральної гемодинаміки після проведеного психологічного й фізичного комбінованого втручання: ЧСС із $86,6 \pm 1,05$ знизилася до $74,5 \pm 0,74$; діастолічний АТ – із $90,1 \pm 1,05$ до $82,9 \pm 0,62$ ($p < 0,001$); кількість ветеранів із помірною тривожністю на 21-й день після комбінованого втручання вірогідно зменшилась у 1,5 рази ($p = 0,05$): 31 (41,3%) проти 20 (54,05%).

12. Запропонована та частково впроваджена система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: за фінансовою доступністю - $9,4 \pm 0,9$ балів, холістичністю – $9,9 \pm 1,0$ балів. Високі оцінки (в балах) отримані за характеристиками: доступність ($9,7 \pm 0,8$), привабливість для пацієнтів ($9,5 \pm 0,6$), наступність ($9,6 \pm 1,0$), системність ($9,7 \pm 0,9$), профілактична спрямованість ($9,6 \pm 0,7$), комплексність ($9,8 \pm 0,9$), інформативність ($9,8 \pm 0,9$), прихильність до реабілітації ($9,5 \pm 1,0$), сприйняття ветеранів як героїв сьогодення ($9,6 \pm 0,8$), що підтвердило потенційну дієздатність системи та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритм спрямування учасників АТО з відомчих госпіталів на реабілітацію в госпіталі для ветеранів війни: Сайт департаменту соціального захисту населення Запорізької ОДА [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dszn-zoda.gov.ua/content/>
2. Алгоритм спрямування учасників АТО з відомчих госпіталів на реабілітацію в госпіталі для ветеранів війни. Сайт Хмельницької обласної військової адміністрації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.adm-km.gov.ua/?attachment_id=2491
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. // Институт общегуманитарных исследований. – 2011. – С. 64-70.
4. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі // Психологічний журнал. – 2019. – №. 3. Електронний доступ: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/195935/196255>.
5. Алишев Н.В. Психозмоциональный стресс и соматические заболевания у ветеранов подразделений особого риска / Н.В. Алишев, В.Н. Цыган, Б.А. Драбкин и др. // Успехи геронтологии. – 2008. – Т. 21. – №. 2. – С. 276-285.
6. Андрєєнкова В. Л. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник. – К. : Агентство «Україна». – 2015. – 176 с.
7. Андрієнко О.І. Досвід оздоровлення учасників АТО в умовах ДП «Санаторій «Новомосковський» ПрАТ «Укрпрофздоровниця» / О.І. Андрієнко, Л.Є. Прокопович, В.В. Калюжна // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. Т.: 2015. – С. 16 – 17.
8. Бабак О. Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – Т. 12. – №. 2. – С. 65-67.

9. Бабов К. Д. Сучасні можливості реабілітації військовослужбовців комбатантів (учасників АТО/ООС) з посттравматичним стресовим розладом та соматичною патологією у санаторно-курортних умовах. / К. Д. Бабов, І. Б. Заболотная, Т. В. Польщакова, Г. О. Дмитрієва, С. Г. Гуща // Фізіологія, валеологія, медицина: сучасний стан та перспективи розвитку : Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф., 06 квітня 2021 р., м. Харків: тези доповідей. – Х. : Вид-во НФаУ, 2021. – С. 25–26.

10. Бакай А. Є. Платформа Україна—НАТО як механізм реформування системи медичного забезпечення в надзвичайних ситуаціях //Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – №. 16. – С. 127-132.

11. Бачериков А. Н. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями / А. Н.Бачериков, М. М.Денисенко //Український вісник психоневрології. – 2010. – №. 18, вип. 4. – С. 56-60.

12. Бешелев С. Д. Математико-статистические методы экспертных оценок / С. Д. Бешелев, Ф. Г. Гурвич. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Статистика, 1980. – 263 с.

13. Білий В. Я. Щодо необхідності та порядку залучення цивільних закладів охорони здоров'я для медичного забезпечення військ / В. Я. Білий, А. В. Верба, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський //Наука і оборона. – 2017. – №. 1. – С. 31-36.

14. Близнюк А.И. Медико-психологическая реабилитация – перспективное направление здравоохранения. //Медицинские новости. – 2004. – №. 1. – С. 52-53.

15. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация. Том 1.// Бином. Лаборатория знаний, 2010. – 416 с.

16. Боголюбова О. Н. Посттравматический стресс и принятие решений: перспективы исследований в парадигме нейроэкономики / О. Н.Боголюбова,

А. Н.Шестакова //Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – №. 2. – С. 60-76.

17. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. В.Л. Голубева. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕД пресс-информ, 2010. — 330 с.

18. Бондарева Л. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект. Актуальні проблеми державного управління. – 2011. – №3.– С.11-14.

19. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Хмельницький нац. ун-т ; Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Хмельницький ; Тернопіль, 2018. 559 с.

20. Булах О. Ю. Нормативно-правова база організації медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах та основні напрямки її удосконалення //Проблеми військової охорони здоров'я. – 2013. – №. 40. – С. 12-21.

21. Булгаков А.В., Митасова Е.В. Психологическая реабилитация: возвращение к реальности. М.: МГОУ; 2018. – 146 с.

22. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил. – 2015. – № 2(43). – С. 176-181.

23. Буряк О. О. Шляхи та методи реабілітації осіб з військовим синдромом та посттравматичним стресовим розладом / О. О.Буряк, М. І.Гіневський, Г. Л.Катеруша //Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. – 2015. – №. 3. – С. 137-141.

24. Варус В. И. Превентивные реабилитационные мероприятия по сохранению здоровья и профессиональной надежности летного состава //Военно-медицинский журнал. – 1997. – №. 2. – С. 54-57.

25. Вахнина Н.В. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение / Н.В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — № 3. — С. 30-34.
26. Военная психиатрия: пособие / О.Г. Сыропятов, Г.В. Иванцова, А.Е. Мухоморов; Укр. воен.-мед. акад, Укр. НИИ соц. и судеб. психиатрии и наркологии. - К. : Наук. світ, 2006. - 154 с.
27. Война или здоровье? Составитель Илкка Тайпале. Пер. с англ. Под ред. П.И.Сидорова. - Архангельск: Северный Государственный Медицинский Университет, 2004. - 688 с.
28. Волошин В.О. Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій / В.О. Волошин, Б.В. Михайлов, С.А. Риженко та ін. // Військова медицина України. — 2017. — № 17. — № 3-4. — С. 5-10.
29. Волянський О. М. Організація медичної реабілітації військовослужбовців (Проблемні питання і шляхи їх вирішення) // Проблеми військової охорони здоров'я. — 2014. — № 42 (1). — С. 32-43.
30. Ворона П. В. Система комплексної реабілітації учасників антитерористичної операції / П. В. Ворона, А. М. ГУРИН // Економіка та держава. — 2019. — Т. 1. — № 3 (11). — С. 4-4.
31. Вороненко В. В. Особливості медичного забезпечення населення та військ у зоні АТО. Реалії та перспективи створення єдиного медичного простору / В. В. Вороненко, М. Д. Близнюк, В. П. Печиборщ, О. Ю. Шуригін // Український медичний часопис. — 2017. — № 4. — С. 59-62.
32. Воропаєв Д.С. Основи фізичної реабілітації (загальна характеристика засобів фізичної реабілітації) [Електронний документ]: навч. посіб. / Д.С. Воропаєв, О.О. Єжова. - Суми: СумДУ, 2019. - 72 с. Електронний доступ: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/75098>.
33. Гавенко В. Л. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями / В. Л. Гавенко, В. И. Коростий // Экспериментальна і клінічна медицина. — 2007. — № 3. — С. 122–124.

34. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні //Військова медицина України. – 2017. – Том 17. – № 3-4. – С. 23-29.

35. Гаранян Н. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. / Н. Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № 3. – С. 46-72.

36. Герольд А. Нейрогенное дрожание при проведении TRE-упражнений для снятия напряжения, стресса и травмы по методике доктора Дэвида Берсели при избавлении от посттравматического стрессового расстройства ПТСР // Психологічне консультування і психотерапія. – 2015. – Т. 2. – № 1-2. – С. 85-95.

37. Голяченко А.О. Реабілітація та її місце в системі підготовки лікарів. / А.О. Голяченко, І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, В.І.Мартинюк // Мед. освіта. – 2005. – №1. – С.10-12.

38. Горячева А. А. Состояние здоровья, нейровегетативная регуляция кровообращения и биологический возраст у участников боевых действий, страдающих артериальной гипертонией / А. А.Горячева, Е. В.Шлягер, И. Д.Мизиренкова //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – №. 1. – С.29-32. Электронный доступ:<https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-zdorovya-neyrovegetativnaya-regulyatsiya-krovoobrascheniya-i-biologicheskiy-vozrast-u-uchastnikov-boevyh-deystviy/viewer>.

39. Градецький А. Наркотизм військовослужбовців як соціально-правова проблема / А.Градецький, О.Повар //Юридичний вісник. – 2021. – №. 3. – С. 111-118.

40. Грачева Л.В. Психосоматические нарушения у мужчин в отдаленном периоде боевого посттравматического стрессового расстройства. / Л.В. Грачева, В.А.Сергеев //Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – №. 2-2. – С. 231-235.

41. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. – Київ : КІБіТ, 2015. – 42 с.
42. Громадське здоров'я: підруч. / под ред. В.Ф. Москаленко; Київ: Авіцена, 2012. –559 с.
43. Дерягина Л. Е., Родыгина Ю. К. Медико-психологические аспекты профессиональной деятельности человека в экстремальных условиях. М.: Моск. ун-т МВД России имени В.Я. Кикотя; 2018. 171 с.
44. Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-%D1%80#Text>
45. Деякі питання соціального захисту застрахованих осіб: постанова Кабінету Міністрів України від 16.03.2017 №145. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/145-2017-%D0%BF#Text>.
46. Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в після стресовий період: Методичний посібник / Укр. н.-д. ін-т соц. і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Укр. н.-д. ін-т медицини транспорту; уклад.: І.Я. Пінчук [та ін.]; за ред. І.Я. Пінчук та ін. — Одеса: Фенікс, 2015. — 109 с.
47. Донець О. І. Патологічні зміни фізичного і психічного здоров'я військовослужбовців під впливом екстремальних умов / О. І. Донець, Д. О. Шміголь //Молодий вчений. – 2017. – №. 4. – С. 232-236.
48. ДрагаТ. М. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / Т. М. Драга, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька //Медсестринство. – 2017. – №. 3. – С.48-51.
49. Друзь О.В. Удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з бойовою психічною травмою:

методичні рекомендації/ Друзь О.В., Сиропятов О.Г., Бадюк М.І. та ін.// Київ: МП Леся; 2015. – 51 с.

50. Евсевьева М.Е. Стрессогенная профессия и молодой возраст: аспекты комплексной инструментальной диагностики дисрегуляции сердечно-сосудистой деятельности / М.Е. Евсевьева, Л.В. Иванова, Н.В. Орехова и др.// Профилактик. медицина. – 2015. – Т. 18. – №. 4. – С. 52-56.

51. Єдиний медичний простір та військова медицина / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський ; НДІ пробл. війск. медицини Укр. військ.-мед. акад. МО України. - Київ : Вид-во Людмила, 2018. - 339 с.

52. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. - 2014. - № 1. - С. 5-16. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz_2014_1_4.

53. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – №. 1. – С. 5-16.

54. Єна А.І. Система професійного психофізіологічного відбору працівників, які виконують роботи підвищеної небезпеки [автореферат]. Київ: Ін-т медицини праці АМН України; 2004. – 40 с.

55. Жаховський В. О. Воєнно-медична доктрина України: її місце серед нормативно-правових актів держави та роль у формуванні системи медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у воєнний час / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Вісник Національного університету оборони України. – 2014. – Т.6. – №43. – С. 397.

56. Жаховський В. О. Медичне забезпечення антитерористичної операції: стан, проблеми та напрями удосконалення / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко і др. // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – №. 2. – С. 7–12.

57. Жаховський В.О. Прийняття воєнно-медичної доктрини України - вимога часу. // Практика управління мед. закладом. – 2016. – №9. – С.66-71.

58. Загуровский В. М. Стресс и его последствия (догоспитальный и ранний госпитальный этапы) // Медицина неотложных состояний. – 2014. – №. 7 (62). – С. 11-23.
59. Зарецька Н., Голик В. Реформа реабілітації в Україні не повинна залишитись інвалідом // Дзеркало тижня. Україна. – 2016. – Вип.20. [Електронний ресурс] Електронний доступ: https://zn.ua/ukr/HEALTH/reforma-reabilitaciyi-v-ukrayini-ne-povinna-zalishitis-invalidom_.html.
60. Зарипова А.Ф. Анализ восприятия головной боли и боли в спине в психосоматическом аспекте у лиц опасных профессий / А.Ф. Зарипова, Е.Н. Иксанова, Д.Р. Закирова, Г.Р.Хузина // Российский журнал боли. – 2013. – №. 1. – С. 71-73.
61. Зборовський О. М. Психічні порушення в учасників АТО та методи їх корекції // Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти. – 2016. – С. 184.
62. Зливков В. Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО / В. Л.Зливков, С. О.Лукомська // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2015. – №. 2. – С. 180-188.
63. Зуйкова А. А. Психосоматические нарушения у ветеранов после воздействия боевого стресса и травм / А. А.Зуйкова, Т. Е.Потемина // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 8. – №. 12. – С. 94-97.
64. Зуйкова А.А. Особенности адаптации после воздействия боевого стресса и травм. / Н. Новгород: Нижегород. гос. мед. акад.; 2013. – 251 с.
65. Индивидуальное здоровье: теория и практика. Введение в теорию индивидуального здоровья. / Г.Л. Апанасенко, Л.А.Попова // Киев: Медкнига; 2011. – 108 с.
66. Іващенко С. Н. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій / С. Н. Іващенко, Л. Я. Шахліна, О. Б. Лазарева // Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-

педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). - 2016. - Вип. 3. - С. 63-67

67. Інформація для учасників бойових дій. Офіційний сайт Київської районної в м. Полтаві ради. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://www.kr-pl.gov.ua/ato/>

68. Іпатов А.В. Аналіз роботи служби медико-соціальної експертизи та основних показників первинної інвалідності за 2016 рік / А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко // Український вісник медико-соціальної експертизи. - 2017. - № 1. - С. 14-18.

69. Іскра Н.І. Цивільна та військова системи охорони здоров'я, особливості взаємодії під час бойових дій. / Н.І. Іскра, М.Д. Близнюк, В.П. Печиборщ, О.В.Печиборщ // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ.– 2015. – Вип 24, Кн 4. – С. 171-180.

70. Казмірчук А. П. и др. Діяльність Національного військово-медичного клінічного центру Головний військовий клінічний госпіталь з надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям та особам інших контингентів у 2014–2018 рр. Основні статистичні показники / А. П.Казмірчук, М. О.Дрюк, І. Г.Денисенко и др.//Сучасні аспекти військової медицини. – 2019. – №. 26 (1). – С. 20-37.

71. Калоев А. Д. Адаптация военнослужащих к военной службе по результатам кардиоинтервалографического исследования / А. Д.Калоев, Е. В.Малеванец, С. М.Карпов //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8. – №. 4. – С. 47-50.Електронний доступ:URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-voennosluzhaschih-k-voennoy-sluzhbe-po-rezultatam-kardiointervalograficheskogo-issledovaniya>.

72. Караяни А. Г. Содержание и принципы подготовки к организации психологической помощи участникам боевых действий (на примере армий иностранных государств) //Психология обучения. – 2018. – №. 5. – С. 88-95.

73. Караяни Ю.М. Психосоматические проблемы участников боевых действий. //Инвалиды и общество. – 2016. – №. 3. – С. 44-48.

74. Карвацька Н. С. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / Н. С. Карвацька, Р. І. Рудницький, Т. Г. Карвацька [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія. – 2017. – Т. 16. – №. 1. С. – 75-78.
75. Касинець С. С. Медико-соціальні аспекти експертизи учасників бойових дій в Полтавській області / С. С. Касинець, І. А. Голованова, Д. В. Паламарчук, О. О. Дорошенко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – Т. 17, Вип. 4(2). – С. 160–163.
76. Касинець С. С. Медико-соціальні наслідки антитерористичної операції для Полтавської області та шляхи їх вирішення / С. С. Касинець, І. А. Голованова, В. Л. Філатова // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Т. 2. – №. 4. – С. 184-187.
77. Касинець С. С. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій в Полтавській області / С. С. Касинець, І. А. Голованова, Д. В. Паламарчук, І. С. Кравців // Літопис травматології та ортопедії. – 2018. – № 1-2. – С. 49–52.
78. Катковская А. А. Психологическая реабилитация участников боевых действий // Материалы конференций СПб ГБУ ДМ "ФОРПОСТ" за 2017 год. Военная история: даты, факты, люди. Тенденции развития добровольчества в Санкт-Петербурге. – 2017. – С. 246-250.
79. Катренко А. В. Системний аналіз об'єктів та процесів комп'ютеризації: Навчальний посібник / А. В. Катренко. – Львів: «Новий світ-2000», 2003. – 424 с.
80. Кириченко А. Г. Динаміка первинної інвалідності учасників АТО на прикладі Дніпропетровської області / А. Г. Кириченко, Т. М. Лук'янченко, В. М. Хом'яков, Н. А. Драпалюк // Вісник морської медицини. - 2016. - № 2. - С. 207-211.
81. Кириченко А. Г. Особливості соціально-психологічного портрету учасника бойових дій // Вісник морської медицини. – 2017. – №. 4 (77). – С. 14-19.

82. Клиническая феноменология психосоматики. /О.Г. Сыропятов, Н.А.Дзеружинская // Киев: Полиграф плюс; 2016. – 93 с.
83. Клінічна психологія в експертній діяльності: практикум: навчальний посібник / К.В. Аймедов. В.Є. Луньов, Л.Р. Нікогосян / заг. ред. В.Є. Луньова - Донецьк: «Східний видавничий дім», Одеса: ОНМедУ. - 2015 - 301 с.
84. Ковальова І. Б. Досвід психокорекційної та реабілітаційної роботи з учасниками АТО на базі Менського санаторію «Остреч» / І. Б.Ковальова, В. І.Мозговий //Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди" Психологія". – 2018. – №. 54. – С. 83-92.
85. Козидубова В. М. Патопсихологические аспекты изучения расстройств настроения // Междунар. мед. журн.–2008.–Т. 14. –№ 2. – С. 8–10.
86. Колесніченко О. С. Особливості відновлення психічного здоров'я правоохоронців, які приймали участь в операції об'єднаних сил //Право і безпека. – 2018. – Т. 4. – №. 70. – С. 97-103.
87. Кондратенко О. Державне регулювання соціального захисту учасників АТО в контексті сучасного державотворення //Редакційна колегія. – 2019. – С. 57.
88. Конституція України: із змінами, внесеними Законом № 2222-IV від 08.12.2004 р. Київ: Парлам. вид-во; 2006. 59 с.
89. Коробка Л. М. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя //Освіта регіону. Політологія, психологія, соціальні комунікації. – 2011. – Т. 2. – С. 332-339.
90. Коростелкин Б. Г. Применение методов корреляционного и факторного анализа в психолого-педагогических исследованиях //Вестник Челябинского государственного университета. – 2001. – Т. 5. – №. 1. – С. 46-55. Електронний доступ: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-metodov-korrelyatsionnogo-i-faktornogo-analiza-v-psihologo-pedagogicheskikh-issledovaniyah/viewer>

91. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях //Медична психологія. – 2013. – Т.8. – № 3. – С. 56-62.

92. Коршевер Н. Г. Психосоматические аспекты адаптации военнослужащих к условиям военно-профессиональной деятельности / Н. Г.Коршевер, Ю. Р.Дорфман, Д. А.Ситмбетов //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2011. – Т. 1. – №. 7. – С.89-91.

93. Котляров С. Н. Проблема "необъяснимой боли" у ветеранов боевых действий /С. Н.Котляров, В. Н.Абросимов//Российский журнал боли. – 2013. – №. 1. – С. 73-73.

94. Коупленд Н. Психология и солдат / Норман Коупленд; пер. с англ.. 2-е изд. М.: Воениздат; 1991. – 95 с.

95. Кравчук В. В. Сучасні підходи до збереження здоров'я та тривалості професійного довголіття військових льотчиків //Проблеми військової охорони здоров'я. – 2017. –№. 49 (2). – С. 351-360.

96. Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций и ее развитие в последние десятилетия //Медицина катастроф. – 2009. – №. 3. – С. 23–26.

97. Креденцер О. В. Теоретичний аналіз основних підходів до визначення поняття «здоров'я» в психології //Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – 2020. – Т. 55. – №. 1. – С. 44-50.

98. Кривохижина Л. В. Церебральные микроциркуляторные расстройства и показатели гемостаза у ветеранов Афганистана с ранними формами хронической ишемии мозга / Л.В. Кривохижина, Е.В. Давыдова, Д.Ш. Альтман и др.//Омский научный вестник. – 2013. – №. 1 (118). – С. 65-67.Електронний доступ:URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tserebralnye-mikrotsirkulyatornye-rasstroystva-i-pokazateli-gemostaza-u-veteranov-afganistana-s-rannimi-formami-hronicheskoy-ishemii>

99. Куди звертатися ветеранам АТО/ООС для реабілітації. Офіційний сайт- Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://moz.gov.ua/article/health/kudi-zvertatisja-veteranam-atooos-dlja-reabilitacii>.

100. Куприянов Р.В. Стресс и аллостаз: проблемы, перспективы и взаимосвязь / Р.В. Куприянов, Р.И. Жданов // Журнал высшей нервной деятельности им. ИП Павлова. – 2014. – Т. 64. – №. 1. – С. 21-21.

101. Лашкул З. В. Організаційно-управлінські аспекти реалізації публічної політики щодо психологічної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил на регіональному рівні / З. В. Лашкул, Л. Д. Ярова // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – №. 1. – С. 73–78.

102. Лесков В. О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів // Збірник наукових праць інституту психології ім. ГС Костюка АПН України/ За ред. СД Максименка. – 2006. – Т. 8. – С. 191-197.

103. Лівінський В. Г. Обґрунтування нового механізму використання системи цивільної охорони здоров'я для лікування поранених і хворих військовослужбовців шляхом створення тимчасових функціональних об'єднань // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – №. 4 (1). – С. 63-68.

104. Лівінський В. Г. Формування єдиного медичного простору для медичного забезпечення військ і цивільного населення в умовах антитерористичної операції // Практика управління мед. закладом. – 2018. – №7. – С. 26-30.

105. Локтева А.В. Основы психосоматики: учеб.-метод. пособ. Белгород: Изд. дом "Белгород": НИУ "БелГУ"; 2017. – 151 с.

106. Магльована Г. П. Основи фізичної реабілітації / Магльована Г. П. - Львів : Ліга-Прес, 2006. - 148 с.

107. Мазур Л. Б. Адміністративно-правове регулювання прав військовослужбовців Збройних Сил України на охорону здоров'я // Форум права. – 2015. – №. 2. – С. 110–113.

108. Мазур Л. Б. Організація системи охорони здоров'я військовослужбовців у Збройних Силах України //Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Право. – 2014. – №. 18. – С. 239-241.
109. Макаренко С. С. Соціально-психологічна допомога учасникам бойових дій //Молодий вчений. – 2018. – №. 4 (1). – С. 228-231.
110. Маркова М. В. Порухення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців—учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми /М. В.Маркова, Г. С.Росінський //Український вісник психоневрології. – 2018. – №. 26, вип. 1. – С. 78-82.
111. Маруніч В. В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів: Посібник. / В. В. Маруніч, В. І. Шевчук, О. Б. Яворовенко// Вінниця: О. Власюк, 2006. – 212 с.
112. Марута Н. А.Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы / Н. А.Марута, И. А.Явдак, Е. С.Череднякова, О. С.Марута //Международный неврологический журнал. – 2014. – №. 4 (66). – С. 70-79.
113. Матяш М. М. Реабілітація інвалідів—учасників бойових дій в Київській області / М.М.Матяш, О.П.Дикун,О.М.Матяш, Ю.А.Гриненко //Міжнародний неврологічний журнал. – 2017. – №. 4. – С. 23-34.
114. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М. М.Матяш, Л. І.Худенко //Український медичний часопис. – 2014. – №. 6. – С. 124-127.
115. Мездріна Н.А. Особенности течения язвенной болезни у ветеранов боевых действий, проходивших службу в Афганистане и Чечне / Н.А. Мездріна, Е.В.Жданова //Научные исследования: от теории к практике. – 2016. – №. 3. – С. 55-58.
116. Мелешенко В.А. Морально-психологические боевые травмы. Реабилитация и восстановление. Рязань: РВВДКУ; 2017. – 231 с.

117. Мельник І. П. Стан здоров'я військовослужбовців у зоні відповідальності військово-медичного клінічного центру центрального регіону //Проблеми військової охорони здоров'я. – 2012. – №. 33. – С. 42-45.
118. Методичний посібник щодо організації роботи підрозділу психологічної реабілітації у НВМКЦ "Головний військовий клінічний госпіталь" / О.В. Циц, О.В. Друзь, Ю.М. Швалб та ін. // Нац. військ.-мед. клініч. центр "Голов. військ.-клініч. госпіталь". - Київ : Знання України, 2016. - 159 с.
119. Методичні вказівки до практичного заняття «Засоби прогнозування і перспективних оцінок ПЕТ MS Excel» для студентів фармацевтичного факультету / укладач А. Т. Теренчук. Вінниця, 2011. – 17 с
120. Мисула І. Р. Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення / І. Р. Мисула, Т. Г. Бакалюк, А. О. Голяченко, Н. І. и др. //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2019. – №. 3. – С. 177-182.
121. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) //К., Харків. – 2015.– 127 с.
122. Михайлов Б. В. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах / Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Галаченко О. О. [та ін.]//Український вісник психоневрології. – 2016. – №. 24, вип. 2. – С. 69-73.
123. Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций //Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23. – №. 83. – С. 71-75.
124. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Львів: Видво Медицина світу, 2004. – 208 с.
125. МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду. Електронний доступ:<http://kod.poltavalk.com.ua/mkxh-10-am>
126. Морально-психологічне забезпечення у збройних силах України /За загал.редак. В. В. Стасюка. – Київ, 2012. – 683 с.

127. Морозов О. М. Демографічна складова системної (гібридної) війни.// Гібридна війна: сутність, виклики та загрози: зб. матер. круглого столу (Київ, 8 липня 2021 р.). [Електронне видання]. – Київ: НА СБУ, 2021. – С. 149-153.
128. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО //Молодий вчений. – 2014. – №. 10 (13)(2). – С. 114-116.
129. Мякотных В. С. Клинико-патогенетические особенности стресс-индуцированной патологии у ветеранов боевых действий / В. С.Мякотных, М. Н.Торгашов //Вестник уральской медицинской академической науки. – 2013. – №. 4. – С. 50-54.
130. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. мед. акад.; 2009. 324 с.
131. Мякотных В.С., Торгашов М.Н., Боровкова Т.А. Жизнь – старение – стресс. СПб.: Сатори; 2017. – 217 с.
132. Наймушина А. Г. Стратификация факторов риска стресс-индуцированных состояний //Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – Т. 12. – №. 1. – С. 69-71.
133. Наказава Д. Д. Осколки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це зупинити. К.: Форс Україна, 2019.- 336 с.
134. Науменко Л. Ю. Питання медико-соціальної реабілітації учасників АТО при посттравматич-ному стрессовому розладі / Л. Ю.Науменко, І. С.Борисова, В. М.Березовський //Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – №. 17, Вип. 4 (1). – С. 239-244.
135. Никитин Ю. П. Новые фундаментальные и прикладные основы атерогенеза //Сибирский научный медицинский журнал. – 2006. – №. 2.Електронний доступ:URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-fundamentalnye-i-prikladnye-osnovy-aterogeneza>.
136. Новиков В. С. Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности военнослужащих //Военно-медицинский журнал. – 1996. – Т. 317. – №. 4. – С. 37-40.

137. Новиков В.С., Сороко С.И., Шустов Е.Б. Дезадаптационные состояния человека при экстремальных воздействиях и их коррекция. СПб.: Политехника-Принт; 2018. 547 с.

138. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2801-12>.

139. Основи психосоматики: навч. посіб. / О.С. Кочарян, В.А. Федосєєв, Н.І.Завгородня // Харків: ХАІ; 2017. – 111 с.

140. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

141. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1. / Загальна редакція Н. Пророк// – Київ, ОБСЄ. – 2018. – 208 с.

142. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2018 рік: аналітико-інформаційний довідник / За редакцією в. о. начальника відділу експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності Управління медико-соціальної допомоги населенню Медичного департаменту МОЗ України Р. Я. Перепеличної – Дніпро: Акцент ПП, 2019. – 180 с.

143. Основы реабилитации: учебник. /Под редакцией В.А. Епифанов, А.В. Епифанов // М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. – 410 с.

144. Остроушко О. Особливості фізичної реабілітації при вогнепальних пораненнях плечового суглоба //Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2017. – №. 2. – С. 59-62.

145. Отдаленные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. (клинико-психопатологический и реабилитационный аспекты). /А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко, Н. С. Сочивко. // Курск: КГМУ, 2017. – 206 с.

146. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.

147. Пальцев А.И. Патология желудочно-кишечного тракта и абдоминальные боли у ветеранов боевых действий / А.И. Пальцев, М.Н. Торгашов, О.С.Попова //Терапевтический архив. — 2013. — Т. 85. — №. 2. — С. 36-42.

148. Пальцев А.И. Роль боевого стресса в формировании хронического болевого синдрома у участников боевых действий и его лечение препаратом пантогам актив / А.И. Пальцев, М.Н. Торгашов, Ю.С. Воронова и др. //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. — 2010. — Т. 110. — №. 9. — С. 43-46.

149. Пам'ятка учасників російсько-української війни. ГО «ВПО «Юридична Сотня». [Електронний ресурс]. — Режим доступу:<https://legal100.org.ua/attractions/pam-yatka-uchasnikami-rosiysko-ukrayinskoyi-viyni/>.

150. Паронянц Т. П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії). Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.06 / Нац. ун-т внутр. справ України. — Х., 2004. — 18 с.

151. Пасічна В. Г. Психологічний аналіз безробіття як соціально-економічного явища// Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України.— 2016. — вип. 34. — С. 406-420.

152. Перегудов Ф. И., Тарасенко Ф. П. Введение в системный анализ. // М.: Высшая школа, 1989. — 360 с.

153. Пересмотренный опросник «Негативный детский опыт» (Adverse Childhood Experiences, ACE)[Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. — Електронні дані. — Режим доступу:<https://www.acesaware.org/wp-content/uploads/2020/06/ACE-Questionnaire-for-Adults-Identified-Russian.pdf>

154. Подлубный В. Л. Особенности производственных, социальных и биологических факторов в психогенезе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у рабочих организованной промышленной популяции //Вісник морської медицини. – 2016. – №. 1. – С. 34-42.

155. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності: постанова КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-п>.

156. Пономаренко В. С. Стратегічне управління підприємством. Автореф. дис. доктора економічних наук: 08.06.02 / Харківський державний економічний університет. — Х., 1999. — 42 с.

157. Попадюха Ю. А. Методы и средства физической реабилитации при распространенных повреждениях плеча / Ю. А. Попадюха, А. М. А. Марайта, Н. П. Литовченко // Науковий часопис НПУ ім. МП Драгоманова. – Серія. – 2012. – Т. 15. – С. 48-60.

158. Попадюха Ю. А. Пути восстановления биомеханики плечевого сустава после артроскопического лечения повреждений ротаторной манжеты плеча // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – №. 118 (3). – С. 239-245.

159. Попелюшко Р. П. Результати дослідження психологічних особливостей комбатантів до та після участі у бойових діях. // Innovative solutions in modern science : scientific journal / Center for International Cooperation, publishing house "TK Meganom", LLC. – Dubai : "TK Meganom", LLC, 2017. – Vol. 5, No. 14. – Р. 78-91.

160. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України: методичні рекомендації / В.В. Стеблюк, І.Ф. Гончаренко, А.В. Швець та ін. Київ, 2017. 56 с

161. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.

162. Про створення мережі психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та інших категорій населення на базі лікувально-профілактичних закладів області: наказ директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА від 08.05.2018 року №457. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://uoz.gov.ua/>.

163. Про створення Центрів психосоціальної реабілітації учасників антитерористичної операції та ветеранів війни: наказ директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА від 29.02.2016 року №156. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://uoz.gov.ua/>.

164. Про взаємодію медичних служб Збройних сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини: постанова Кабінету міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/819-95-%D0%BF>.

165. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25.03.1992 року № 2232-XII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#Text>.

166. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин: закон України від 28.12.2014 р. № 79-VIII (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/79-19>.

167. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення порядку проходження військової служби та питань соціального захисту громадян України, які проходять військову службу під час особливого періоду: Закон України від 15.01.2015 року № 116-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116-19#Text>.

168. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України: постанова Кабінету Міністрів України від 04.04.2018 р. № 239 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239-2018-%D0%BF>.

169. Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 20.12.2014 р. № 1020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0048-15#Text>

170. Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році: Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.04.2018 р. № 591. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0558-18#Text>.

171. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції: Указ Президента України від 18.03.2015 р. №150. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/150/2015#Text>.

172. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Законом України від 23.09.1999 р. № 1105-XIV. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>.

173. Про затвердження Вимог до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів: Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.04.2018 р. № 597. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0554-18#Text>.

174. Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року: постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 р. № 1021.[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%D0%BF>.

175. Про затвердження Імплементативної угоди між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію

співпраці у сфері медичної реабілітації: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.02.2016 р. № 49. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/49-2016-%D0%BF>.

176. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: наказ МОЗ України від 05.09.2011 р. № 561 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text>

177. Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України: наказ Міністерства оборони України від 04.11.2016 р. № 591 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>.

178. Про затвердження Концепції програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року: наказ Міністерством оборони України від 26.07.2017 р. № 389 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/389_nm_2017.pdf.

179. Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України: наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 703 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1681-15>.

180. Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 359-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80#Text>.

181. Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: Наказ МОЗ України від 19.06.2015 року №351. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0351282-15#Text>.

182. Про затвердження Порядку ведення Єдиного реєстру учасників антитерористичної операції: наказ Міністерства соціальної політики України від 06.02.2015 р. № 114 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0211-15>.

183. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності: постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 р. № 497 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2017-%D0%BF>.

184. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням: постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 200.[Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200-2015-%D0%BF>.

185. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів сімей загиблих (померлих) таких осіб санаторно-курортним лікуванням: постанова КМУ від 31.03.2015 р. № 200[Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200-2015-%D0%BF#Text>

186. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для створення і забезпечення функціонування Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравми: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 482. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/482-2017-%D0%BF#Text>.

187. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо надання соціальної та психологічної допомоги центрами соціально-психологічної реабілітації населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 149. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/149-2015-%D0%BF#Text>.

188. Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності до суб'єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад: постанова Кабінету Міністрів України від 23.08.2016 р. № 528 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/528-2016-%D0%BF>.

189. Про затвердження Порядку відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування та/або реабілітаційної допомоги застрахованим особам та членам їх сімей після перенесених захворювань і травм у відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України: Постанова правління Фонду соціального страхування України від 13.07.2017 № 39. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0039890-17#n12>.

190. Про затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції, осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та постраждалих учасників Революції Гідності, членів сімей загиблих (померлих) таких осіб: Постанова Кабінету Міністрів України від 21.06.2017 № 432. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/432-2017-%D0%BF#Text>.

191. Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і

оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) таких осіб: постанова КМУ від 27.12.2017 р. № 1057 (з доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-%D0%BF#Text>

192. Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1057 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-%D0%BF>.

193. Про затвердження примірного договору про надання послуг із психологічної реабілітації: Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.04.2018 р. № 598. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/15501.html>.

194. Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності: наказ Міністерства соціальної політики України від 01.06.2018 р. № 810 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0723-18>.

195. Про звільнення в запас військовослужбовців строкової військової служби, строки проведення чергових призовів та чергові призови громадян України на строкову військову службу у 2021 році: указ Президента України від 24.02.2021 року № 71/2021. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/71/2021#Text>.

196. Про організацію проведення лікування та реабілітації учасників антитерористичної операції в госпіталях для інвалідів війни області: наказ директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА від 17.04.2015 року №430. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://uoz.gov.ua/>.

197. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. № 875-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.

198. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

199. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про військово-медичну доктрину України": постанова Верховної Ради України від 25.11.2015 р. № 827-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-19>.

200. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року "Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки": указ Президента України від 14.11.2014 р. № 880/2014.[Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/880/2014>.

201. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року "Про невідкладні заходи щодо стабілізації соціально-економічної ситуації в Донецькій та Луганській областях": Указ Президента України від 14.11.2014 р. № 875/2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875/2014#Text>.

202. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2011-12>.

203. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/3551-12>.

204. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 р. №3551-XII : [ред. від 01.01.2021 р.][Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>

205. Про утворення Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції: постанова Кабінету Міністрів України

від 11.08.2014 р. № 326 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/326-2014-%D0%BF>.

206. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. / под ред. П.И. Сидоров; Архангельск: Изд. центр АГМА; 1999. – 384 с.

207. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич ; Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 260 с.

208. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / С.Ю. Лебєдєва, О.О. Назаров, Я.О. Овсяннікова, Н.В. Оніщенко, Д.С. Похілько, В.О. Тімченко, О.В. Тімченко, В.Є. Христенко. / За заг. ред. Н.В. Оніщенко, О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2019. – 174 с.

209. Пурський О. І. Визначення інтегральних показників соціально-економічного розвитку регіонів на основі експертних оцінок та методу головних компонент / О. І. Пурський, І. О. Мороз // Проблеми економіки. – 2013. – №. 2. – С. 230-236.

210. Пьюселик Р.Ф., МакБи А.Д. Войны реальности: терапия диссоциированного состояния. СПб.: Речь; 2010. – 331 с.

211. Радзіховська Л.М. Системний аналіз: опорний конспект лекцій. Вінниця: Видавничо-редакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2017. 46 с.

212. Радиш Я. Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я. Ф. Радиш, О. М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – №. 3. – С. 103-106.

213. Рерке В. И. Психологический портрет участника боевых действий // Психология в экономике и управлении. – 2014. – №. 1. – С. 63-67.

214. Роз'яснення щодо лікування застрахованих осіб реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм. – Офіційний сайт фонду соціального страхування України. [Електронний

доступу:<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/955031;jsessionid=04F1B5F8A3971F3DD5B91EB485CBB2D7>.

215. Рум'янцев Ю.В. Психіатрія особливого періоду: навч. посіб. / Ю.В. Рум'янцев, О.Г. Сиропятов, Г.В. Осьодло та ін. // Київ: Леся; 2015. – 226 с.

216. Савицький В.Л. Система медичного забезпечення військ (сил) – складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України / В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах. // Наука і оборона. – 2014. – №. 2. – С. 27-33.

217. Сайко О. В. Динаміка порушень адаптивних функцій у лікарів військового мобільного госпіталю при виконанні професійних обов'язків в умовах військового конфлікту // Міжнародний неврологічний журнал. – 2019. – №. 2. – С. 4-13.

218. Сайт Дніпропетровської обласної державної адміністрації [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Режим доступу:<https://adm.dp.gov.ua/uchasnikam-ato-ta-pereselencyam>

219. Самохвалов Ю. Я. Экспертное оценивание. Методический аспект / Ю. Я. Самохвалов, Е. М. Наumenко. – К. : ДУИКТ, 2007. – 262 с.

220. Селье Г. Стресс без дистресса. // М.: Прогресс; 1982. - 125 с.

221. Синопальников И. В. Организация медицинской реабилитации военнослужащих в санаториях в период боевых действий в Афганистане / И. В. Синопальников, О. И. Горшколепов // Воен.-мед. журнал. – 2002. – №. 10. – С. 4-13.

222. Сліпушко О.М. Тлумачний словник іншомовних слів. Київ: Школа; 2006. – 288 с.

223. Соколов Е. В. Функциональная модель системы управления медицинскими диагностическими услугами / Е. В. Соколов, Е. В. Костырин // Машиностроение и компьютерные технологии. 2009. №3. Електронний доступ:<https://cyberleninka.ru/article/n/funktsionalnaya-model-sistemy-upravleniya-meditsinskimi-diagnosticheskimi-uslugami>.

224. Соколова О. М. Реабілітація військовослужбовців: термінологія, класифікація, принципи та особливості (до проблеми державного регулювання реабілітації особового складу збройних сил України) / О. М. Соколова, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш //Інвестиції: практика та досвід. – 2015. – №. 23. – С. 148-155.

225. Соколова О.М. Становлення та розвиток медичної реабілітації військовослужбовців у Росії та світі: досвід для України. / О.М. Соколова, І.П. Чорний, В.П. Мегедь, Я.Ф.Радиш // Право та держ. управління. – 2012. – №1. – С. 146-151.

226. Сторожук Н. Сучасний стан системи психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / Н.Сторожук, Н.Мась, В.Покотило //Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. – 2016. – №. 1. – С. 34-38.

227. Сулятицький І. В. Спеціальне психоконсультування учасників ато, членів їхніх родин і вимушено переселених осіб / І. В. Сулятицький, І. О. Корчинський, В. В. Сало // Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка. - 2018. - № 29. - С. 73–78. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Potip_2018_29_14.

228. Сысоев В.Н.Феноменология и возрастные особенности психосоматических нарушений у военнослужащих / В.Н. Сысоев, Л.С. Араби, В.В. Гайворонская, А.Ю.Чудаков //Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – №. 2. – С. 175-179.

229. Тишакин Д. И. Механизмы стрессовых реакций у лиц опасных профессий: методология психофизиологического исследования //Бюллетень сибирской медицины. – 2013. – Т. 12. – №. 2. – С. 66-71.

230. Тімченко В. О. Рефлекс придушення або що заважає ветеранам АТО повернутися до звичайного мирного життя //Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2015. – №. 18. – С. 234-243.

231. Ткачук І. М. Медико-соціальні аспекти виконання вимог здорового способу життя та частота виявлення тривожних і депресивних розладів у

військовослужбовців з артеріальною гіпертензією / І. М. Ткачук, Н. Ю. Партасюк //Проблеми військової охорони здоров'я. – 2010. – №. 27. – С. 160-169.

232. Торгашов М. Н. Показатели липидов крови у ветеранов боевых действий с посттравматическими стрессовыми расстройствами / М. Н.Торгашов, А. И.Пальцев, В. С.Мякотных //Атеросклероз. – 2013. – Т. 9. – №. 2. – С. 39-46.

233. Торгашов М. Н. Психопатологические постстрессовые расстройства и качество жизни ветеранов боевых действий //Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15. – №. 11. – С. 44-50.

234. Тренева Е. В. Определение синдрома ускоренного старения сердечнососудистой системы у ветеранов боевых действий в Афганистане с посттравматическим стрессовым расстройством / Е. В.Тренева, О. Н.Ивкина, Е. А.Овчинникова //Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии: сборник статей. – 2015. – С. 359-362.

235. Трінька І.С. Особливості впливу чинників бойового середовища на військовослужбовців / І.С. Трінька, В.В. Кальниш, А.В. Швець, О.В.Мальцев //Військова медицина України. – 2016. – №. 16,№ 2. – С. 84-94.

236. Ушаков И. Б. Стресс смертельно опасных ситуаций-особый вид стресса / И. Б.Ушаков, Ю. А.Бубеев //Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2011. – №. 4. – С. 5-8.

237. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издательский дом БАХРАХ – М, 2001. 128 с.

238. Фисун А.Я. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития / А.Я. Фисун, А.М. Щегольков, В.Е. Юдин и др. //Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330. – №. 8. – С. 11-15.

239. Фомина Е. Е. Факторный анализ и категориальный метод главных компонент: сравнительный анализ и практическое применение для обработки результатов анкетирования //Гуманитарный вестник. – 2017. – №. 10 (60). – С. 1-

16. Электронный доступ:<https://cyberleninka.ru/article/n/faktornyy-analiz-i->

kategorialnyy-metod-glavnyh-komponent-sravnitelnyy-analiz-i-prakticheskoe-primenenie-dlya-obrabotki-rezultatov

240. Франкова І. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні / І.Франкова, О.Чабан, О.Бурлакова и др.//Psychosomatic Medicine and General Practice. – 2019. – Т. 4. – №. 3. – С. e0403-04214.

241. Фролов В. Вертеброгенная кардиопатия как психосоматическое расстройство (остеопатическое лечение в сочетании с вербализацией) / В. Фролов, О. Габова // Мануальная терапия. – 2013. – №2 (50) – С. 79-86.

242. Хан В.В. Характеристика адаптационных возможностей и функционального состояния организма военнослужащих, участвующих в боевых действиях в Чеченской Республике. //Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327. – №. 2. – С. 56-56.

243. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. — Л., 1976.— 18 с.

244. Хассан Трад Реда. Физические упражнения, массаж, гидро- и механотерапия в реабилитации больных нейроциркуляторной дистонией: дис... канд. наук по физ. воспитанию и спорту: 24.00.02 / Национальный ун-т физического воспитания и спорта Украины ; Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (Киев). - К., 1999. - 174 с.

245. Цивільний кодекс України. Цивільний процесуальний кодекс України. Закон України "Про міжнародне приватне право": закони і законодавчі акти. /Пушенко О.Г., відповідальний редактор.// Київ: Юрінком Інтер; 2013. 616 с.

246. Цыган В. Н. Адаптация к военно-профессиональной деятельности //Российский физиологический журнал им. ИМ Сеченова. – 2012. – Т. 98. – №. 1. – С. 72-82.

247. Чабан О. Вина, стыд и социальная самоизоляция в феноменологической структуре посттравматического стрессового расстройства

/ О. Чабан, И. Франкова. // LLCInformationandResearchCenterLikarskasprava (Ukraine). – 2019. – С. 83-92.

248. Чиж И. М. Организационные основы управления качеством диспансеризации в Вооруженных Силах / И. М.Чиж, В. А.Гуляев, В. Т.Карташов //Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325. – №. 10. – С. 4-12.

249. Чиж И.М. Военная медицина и медицина катастроф. // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т.331. – №9. – С.17-22.

250. Чижевський С. О. Система медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Національної гвардії України //Вісник Національного університету оборони України. – 2015. – №. 2. – С. 277-280.

251. Шамрей В.К.Клинико-диагностические аспекты боевых посттравматических стрессовых расстройств /В.К. Шамрей, В.М. Лыткин, С.А. Колов, Б.В.Дрига //Военно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 332. – №. 8. – С. 28-35.

252. Шангин А. Б. Вегетативный и психоэмоциональный статус у военнослужащих, проходивших службу в зоне проведения контртеррористических мероприятий /А. Б.Шангин, С. В.Лобзин //Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326. – №. 1. – С. 56-56.

253. Шанин Ю.Н. Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб.: Спец. лит-ра; 1997. – 154 с.

254. Швець А. В. Нормативно-правові аспекти медико-соціального захисту учасників бойових дій (на прикладі військовослужбовців миротворчих контингентів) /А. В.Швець, О. В.Ричка //Проблеми військової охорони здоров'я. – 2012. – №. 33. – С. 33-41.

255. Щуко А.Г. Участники войны в Афганистане: некоторые медицинские проблемы в настоящее время. / А.Г. Щуко, Т.Ф. Мышленок, И.Ф. Мищук, В.И.Козловский //Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. – 2014. – С. 142-143.

256. Юмашев А. В. Триггерная концепция стресса: роль стресса в этиологии и патогенезе психосоматических нарушений. //Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2018. – Т. 7. – №. 2. – С. 441-445.
257. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография. Днепропетровск : «Пороги», 2006. – 472 с.
258. Яковлева А. А. Исследования в труднодоступных группах: опыт использования выборки, управляемой респондентом, и выборки «место-время». Социология: методология, методы, математическое моделирование. – 2011 р. – №33. – С.57-79.
259. Якушкин Н. В. Личностные особенности и степень посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий в Афганистане //Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – №. 2. – С. 99-105.
260. Ярмола Н. А. Організація уроків соціально побутового орієнтування в спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах для розумово відсталих дітей. / Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2012. - №3(1). – С.173-178.
261. Abdul-Hamid W. K. Nothing new under the sun: post-traumatic stress disorders in the ancient world / W. K. Abdul-Hamid, J. H. Hughes //Early Science and Medicine. – 2014. – Т. 19. – №. 6. – С. 549-557. Электронный доступ: 10.1163/15733823-00196p02
262. Adams R.E.Social support, help-seeking, and mental health outcomes among veterans in non-VA facilities: results from the veterans' health study / R.E. Adams, T.G. Urosevich, S.N. Hoffman et al.//Military behavioral health. – 2017. – Vol. 5. – №. 4. – P. 393-405.Электронный доступ: doi: 10.1080/21635781.2017.1333067.
263. Aiken A.B. A descriptive analysis of medical health services utilization of Veterans living in Ontario: a retrospective cohort study using administrative healthcare data /A.B. Aiken, A.L. Mahar, P. Kurdyak et al. //BMC health services research. – 2016. – Vol. 16. – №. 1. – P. 1-11.Электронный доступ:doi: 10.1186/s12913-016-1596-y.

264. Al-Asmary S.M. Community-based screening for pre-hypertension among military active duty personnel /S.M. Al-Asmary, A.A. Al-Shehri, F.M. Farahat et al.//Saudi medical journal. – 2008. – Т. 29. – №. 12. – С. 1779-1784.Электронный доступ:PMID: 19082233

265. Ally M.R. Prevalence of eosinophilic esophagitis in a United States military health-care population /M.R. Ally, C.L. Maydonovitch, J.D. Betteridge et al.//Diseases of the Esophagus. – 2015. – Vol. 28. – №. 6. – P. 505-511.Электронный доступ: doi: 10.1111/dote.12229.

266. Andersen J. Association between posttraumatic stress disorder and primary care provider-diagnosed disease among Iraq and Afghanistan veterans /J. Andersen, M. Wade, K. Possemato, P.Ouimette //Psychosomatic Medicine. – 2010. – Т. 72. – №. 5. – С. 498-504.Электронный доступ: doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d969a1.

267. Arenson M.B.Posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation in veterans: Results from the mind your heart study / M.B. Arenson, M.A. Whooley, T.C. Neylan et al.//Psychiatry research. – 2018. – Vol. 265. – P. 224-230.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.046.

268. Asnaani A. The Influence of Posttraumatic Stress Disorder on Health Functioning in Active-Duty Military Service Members / A. Asnaani, A.N. Kaczurkin, K. Benhamou et al. //Journal of traumatic stress. – 2018. – Vol. 31. – №. 2. – P. 307-316.Электронный доступ:doi: 10.1002/jts.22274.

269. Avallone K.M.PTSD as a mediator in the relationship between post-concussive symptoms and pain among OEF/OIF/OND veterans / K.M. Avallone, E.R. Smith, S. Ma et al.//Military medicine. – 2019. – Vol. 184. – №. 1-2. – P. e118-e123. Электронный доступ:doi: 10.1093/milmed/usy225.

270. Ayada C. The relationship of stress and blood pressure effectors / C.Ayada, Ü.Toru, Y.Korkut //Hippokratia. – 2015. – Vol. 19. – №. 2. – P. 99.-108.Электронный доступ:PMCID: PMC4938117

271. Balandiz H. Forensic mental health evaluations of military personnel with traumatic life event, in a university hospital in Ankara, Turkey / H.Balandiz, A.Bolu

//Journal of forensic and legal medicine. – 2017. – Vol. 51. – P. 51-56.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.jflm.2017.07.018.

272. Ballabeni A. The definition of public health-where to shift the focus: prevention or population? //Perspectives in public health. – 2015. – Т. 135. – №. 4. – С. 166.Электронный доступ:PMID: 26273712

273. Bastian L.A. Understanding pain and pain treatment for veterans: Responding to the federal pain research strategy / L.A. Bastian, A. Heapy, W.C. Becker et al.//Pain Medicine. – 2018. – Vol. 19. – №. suppl_1. – P. S1-S4.Электронный доступ:doi: 10.1093/pm/pny143.

274. Beck A. T. An Inventory for Measuring Depression / A. T.Beck, C. H.Ward, M.Mendelson et al.//Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – №. 6. – P. 561-571.Электронный доступ:doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

275. Beder J. Preface to special issue: Social work with the military: Current practice challenges and approaches to care //Social work in health care. – 2011. – Т. 50. – №. 1. – С. 1-3. Электронный доступ: doi: 10.1080/00981389.2010.517011.

276. Beliveau P. J. H. Contribution of mental and physical disorders to disability in military personnel / P. J. H.Beliveau, D.Boulos, M. A.Zamorski //Occupational medicine. – 2018. – Т. 68. – №. 5. – С. 332-339.Электронный доступ: doi:10.1093/occmed/kqy066.

277. Bleich A. Military psychiatry in Israel: A 50-year perspective //Harefuah. – 2000. – Vol. 138. – №. 9. – P. 728-733. Электронный доступ: PMID: 10883224

278. Booth-Kewley S. Predictors of psychiatric disorders in combat veterans / S.Booth-Kewley, E. A.Schmied, R. M.Highfill-McRoy, G. E. Larson et al.//BMC psychiatry. – 2013. – Т. 13. – №. 1.– С. 1-11.Электронный доступ: doi: 10.1186/1471-244X-13-130.

279. Boscarino J. A. Conceptualization of PTSD from the Vietnam War to current conflicts and beyond. / J. A. Boscarino, J. J. Boscarino.// Int J Emerg Ment Health. –2015. –№17(3). – P. 661-663.

280. Boscarino J.A. Mental health impact of homecoming experience among 1730 formerly deployed veterans from the vietnam war to current conflicts: results

from the veterans' health study /J. A. Boscarino, R. E. Adams, T. G. Urosevich et al. //The Journal of nervous and mental disease. – 2018. – Vol. 206. – №. 10. – P. 757.Электронный доступ: doi: 10.1097/NMD.0000000000000879.

281. Boullier M. Adverse childhood experiences / M.Boullier, M.Blair //Paediatrics and Child Health. – 2018. – Vol. 28. – №. 3. – P. 132-137.Электронный доступ:doi:<https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>

282. Brackett J. W., McGowan C. L. Applying SADT to Large System Problems. – Softech Incorporated, 1977.

283. Bradley M. War and health care //Journal of perioperative practice. – 2018. – Vol. 28. – №. 11. – P. 288Электронный доступ: doi: 10.1177/1750458918804495.

284. Bravo-Mehmedbasić A. Impact of chronic posttraumatic stress disorder on the quality of life of war survivors / A. Bravo-Mehmedbasić, A. Kucukalić, A. D. Kulenović, E.Suljić //Psychiatria Danubina. – 2010. – Vol. 22. – №. 3. – P. 430-435. Электронный доступ:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20856187/>

285. Brown E. G. Loneliness and cardiovascular reactivity to acute stress in younger adults / E. G.Brown, A. M.Creaven, S.Gallagher //International Journal of Psychophysiology. – 2019. – Vol. 135. – P. 121-125.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.ijpsycho.2018.07.471.

286. Brownlow J.A. The influence of deployment stress and life stress on post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosis among military personnel / J. A. Brownlow, G. A. Zitnik, C. P. McLean, P. R.Gehrman //Journal of psychiatric research. – 2018. – Vol. 103. – P. 26-32.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.005.

287. Bruner V. E. The battle within: Understanding the physiology of war-zone stress exposure / V. E.Bruner, P.Woll //Social Work in Health Care. – 2011. – Vol. 50. – №. 1. – P. 19-33.Электронный доступ: doi: 10.1080/00981389.2010.513915.

288. Burg M.M.Risk for incident hypertension associated with PTSD in military veterans, and the effect of PTSD treatment / M.M. Burg, C. Brandt, E. Butaet

al.//Psychosomatic medicine. – 2017. – Vol. 79. – №. 2. – P.181-188. doi: 10.1097/PSY.0000000000000376.

289. Campbell S. B. Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework / S. B. Campbell, K. D. Renshaw // Clinical Psychology Review. – 2018. – Vol. 65. – P. 152-162. Електронний доступ: doi: 10.1016/j.cpr.2018.08.003.

290. Сафін О.Д. Індивідуально-психологічні особливості і ступінь вираженості посттравматичного стресового розладу як чинники успішності психологічної реабілітації комбатантів / Сафін О.Д., Балабушка Є.О. // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2016. – Вип. 19. – С. 171-183.

291. Cigrang J.A. Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military / J.A. Cigrang, S.A. Rauch, J. Mintz et al. // Families, Systems, & Health. – 2017. – Vol. 35. – №. 4. – P. 450-462. Електронний доступ: doi: 10.1037/fsh0000315.

292. Clancy C.P. Lifetime trauma exposure in veterans with military-related posttraumatic stress disorder: association with current symptomatology / C. P. Clancy, A. Graybeal, W. P. Thompson et al. // Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67. – №. 9. – P. 1346-1353. Електронний доступ: DOI: 10.4088/jcp.v67n0904.

293. Clemente-Suarez V. J. Psychophysiological response to acute-high-stress combat situations in professional soldiers / V. J. Clemente-Suarez, P. R. Palomera, J. J. Robles-Pérez // Stress and health. – 2018. – Vol. 34. – №. 2. – P. 247-252. Електронний доступ: doi: 10.1002/smi.2778.

294. Coughlin S. S. Peer Reviewed: Alcohol Use and Selected Health Conditions of 1991 Gulf War Veterans: Survey Results, 2003-2005 / S. S. Coughlin, H. K. Kang, C. M. Mahan // Preventing chronic disease. – 2011. – Т. 8. – №. 3. – P. A52. Електронний доступ: PMID: 21477492

295. Coughlin S. S. Selected health conditions among overweight, obese, and non-obese veterans of the 1991 Gulf War: results from a survey conducted in 2003–2005 / S. S. Coughlin, H. K. Kang, C. M. Mahan // The open epidemiology journal. –

2011. – Vol. 4. – P. 140-146. Электронный доступ:doi: 10.2174/1874297101104010140

296. Cyr K.S. Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD / K.S.Cyr, A. McIntyre-Smith, A.A. Contractoret al. //Psychiatry research. – 2014. – Vol. 218. – №. 1-2. – P. 148-152.. Электронный доступ:doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.038.

297. Dailey J. I. Evolution of the combat and operational stress control detachment / J. I.Dailey, V. L.Ijames //US Army Medical Department Journal. – 2014. – P. 8-13. Электронный доступ: PMID: 25830793

298. Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective //Psychoneuroendocrinology. – 2005. – Vol. 30. – №. 10. – P. 947-952.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.011

299. Derefinko K. J. Substance use and psychological distress before and after the military to civilian transition / K. J.Derefinko, T. A.Hallsell, M. B.Isaacs et al. //Military medicine. – 2018. – Vol. 183. – №. 5-6. – P. e258-e265.Электронныйдоступ:DOI: 10.1093/milmed/usx082

300. Doyle P. Reproductive health of Gulf War veterans / P.Doyle, N.Maconochie, M.Ryan //Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2006. – Vol. 361. – №. 1468. – P. 571-584.Электронный доступ:doi: 10.1098/rstb.2006.1817.

301. Ecker Y. Goal-directed allostasis: The unique challenge of keeping things as they are and strategies to overcome it / Y. Ecker, M.Gilead //Perspectives on Psychological Science. – 2018. – Vol. 13. – №. 5. – P. 618-633.Электронный доступ:doi: 10.1177/1745691618769847.

302. Edmondson D. The association of PTSD with clinic and ambulatory blood pressure in healthy adults / D. Edmondson, J.A. Sumner, I.M. Kronish et al//Psychosomatic medicine. – 2018. – Vol. 80. – №. 1. – С. 55-61. doi: 10.1097/PSY.0000000000000523.

303. Efremov A. Some aspects of the use of Hypnotherapy and Dehypnosis for the remission of psychosomatic diseases //Journal of Advanced Pharmacy Education & Research| Oct-Dec. – 2020. – Vol. 10. – №. 4. – P. 159.
304. Eggart M. Major depressive disorder is associated with impaired interoceptive accuracy: A systematic review /M. Eggart, A. Lange, M. Binser et al.//Brain sciences. – 2019. – Т. 9. – №. 6. – С. 131.Электронныйдоступ:doi: 10.3390/brainsci9060131
305. Eggertson L. High rates of childhood abuse, depression in Inuit suicides // CMAJ. – 2013. – Vol. 185(10). – E433-434. Электронныйдоступ: DOI: 10.1503/cmaj.109-4518
306. Eichhorn H. K. Correspondence (letter to the editor): Multiple Psychovegetative Symptoms //Deutsches Ärzteblatt International. – 2013. – Т. 110. – №. 42. – С. 717.Электронный доступ:doi: 10.3238/arztebl.2013.0717a.
307. Eisen S.A. Gulf War veterans' health: medical evaluation of a US cohort / S.A. Eisen, H.K. Kang, F.M. Murphy et al. //Annals of Internal Medicine. – 2005. – Vol. 142. – №. 11. – P. 881-890.Электронный доступ:doi: 10.7326/0003-4819-142-11-200506070-00005.
308. Elnitsky C. A. Military service member and veteran reintegration: A conceptual analysis, unified definition, and key domains./ C. A.Elnitsky, M. P.Fisher, C. L.Blevins // Frontiers in psychology. – 2017. – Vol.8. – Article 369.Электронныйдоступ:doi: 10.3389/fpsyg.2017.00369.
309. Engel C. C.RESPECT-Mil: feasibility of a systems-level collaborative care approach to depression and post-traumatic stress disorder in military primary care / C.C. Engel, T. Oxman, C. Yamamoto et al.//Military medicine. – 2008. – Т. 173. – №. 10. – С. 935-940.Электронный доступ: doi: 10.7205/milmed.173.10.935
310. Engel C.C. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War-related health concerns / C.C.Engel, X.Liu, B.D.McCarthy et al. //Psychosomatic Medicine. – 2000. – Vol. 62. – №. 6. – P. 739-745.Электронныйдоступ:doi: 10.1097/00006842-200011000-00001.

311. Figueira M.L. From psychosomatic to psychological medicine: what's the future? / M.L.Figueira, S. Ouakinin //Current Opinion in Psychiatry. – 2008. – Vol. 21. – №. 4. – P. 412-416.. Электронный доступ:doi: 10.1097/YCO.0b013e328300c731.

312. Fontana A. Treatment-seeking veterans of Iraq and Afghanistan: Comparison with veterans of previous wars / A.Fontana, R.Rosenheck //The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2008. – Vol. 196. – №. 7. – P. 513-521.Электронный доступ: doi: 10.1097/NMD.0b013e31817cf6e6.

313. Forbes D. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. / D. Forbes, M. C. Creamer, A. J. Phelps et al.//Medical Journal of Australia. – 2007. – T. 187. – №. 2. – С. 120-123.Электронный доступ:DOI: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01158.x

314. Freed M. C. Mental Health Services Research in the Military Health System / M. C.Freed, C. C.Engel //American Journal of Psychiatry. – 2016. – T. 173. – №. 5. – С. 538-539.Электронный доступ:doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15121581.

315. Frueh B. C.US Department of Veterans Affairs disability policies for posttraumatic stress disorder: Administrative trends and implications for treatment, rehabilitation, and research / B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, J. D. Elhai, T. C.Buckley //American Journal of Public Health. – 2007. – T. 97. – №. 12. – С. 2143-2145. Электронный доступ:DOI: 10.2105/AJPH.2007.115436

316. Garfin D. R. Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review / D. R.Garfin, R. R.Thompson, E. A.Holman //Journal of psychosomatic research. – 2018. – Vol. 112. – P. 107-113.Электронный доступ: doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.017.

317. Garone G. Clinical and genetic overview of paroxysmal movement disorders and episodic ataxias /G. Garone, A. Capuano, L. Travaglini et al. //International Journal of Molecular Sciences. – 2020. – Vol. 21. – №. 10. – P. 3603. Электронный доступ: DOI: 10.3390/ijms21103603

318. Ghaffarzadegan N. A dynamic model of post-traumatic stress disorder for military personnel and veterans / N.Ghaffarzadegan, A.Ebrahimvandi, M. S.Jalali

//PloS one. – 2016. – Vol. 11. – №. 10. – С. e0161405.Электронный доступ:doi: 10.1371/journal.pone.0161405.

319. Glaser R. Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology //Brain, behavior, and immunity. – 2005. – Vol. 19. – №. 1. – P. 3-11.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.bbi.2004.06.003

320. Gradus J. L. Posttraumatic stress disorder and death from suicide //Current psychiatry reports. – 2018. – Vol. 20. – №. 11. – P. 1-7.Электронный доступ: doi: 10.1007/s11920-018-0965-0.

321. Guina J. The influence of trauma type and timing on PTSD symptoms / J. Guina, R.W. Nahhas, P. Sutton, S.Farnsworth //The Journal of nervous and mental disease. – 2018. – Vol. 206. – №. 1. – P. 72-76.Электронный доступ: doi: 10.1097/NMD.0000000000000730.

322. Hadzimejlić M. Internal diseases with special emphasis on endocrine disorders during war conditions / M. Hadzimejlić, I. Suljević, D. Sakambet, E.Kucukalić-Selimović //Medicinski Arhiv. – 1994. – Т. 48. – №. 3. – С. 129-130.

323. Hanssen D. J. C. The prognosis of medically unexplained symptoms / D. J. C.Hanssen, H.Knoop, J. G. M.Rosmalen //Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. – 2017. – Vol. 161. – С. D1680-D1680.PMID: 29098971

324. Havlovskyy O.D. Retrospektivnyy analiz posttravmatycheskogo stressovogo rasstroystva. / O.D. Havlovskyy, I.A. Holovanova, N.V.Kharchenko //Wiadomosci Lekarskie. – 2018. – Vol. 71(9). –P.1835-40.

325. Henderson D. F. A century of stress: stress theories and preventive management in a global context / D.F.Henderson, T. L.Quick, J. C.Quick //Организационная психология. – 2015. – Т. 5. – №. 3. – С.10-25.

326. Hoare E. The impact of urbanization on mood disorders: an update of recent evidence /E.Hoare, F.Jacka, M.Berk //Current Opinion in Psychiatry. – 2019. – Vol. 32. – №. 3. – P. 198-203.Электронный доступ:DOI: 10.1097/YCO.0000000000000487.

327. Hoge C.W. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C W. Hoge, C. A. Castro, S .C. Messer, et al. //New England journal of medicine. – 2004. – Vol. 351. – №. 1. – P. 13-22. Електронний доступ:DOI: 10.1056/NEJMoa040603.

328. Hoge C.W.Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans /C. W. Hoge, A. Terhakopian, C. A. Castro et al.//American Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – №. 1. – P. 150-153.

329. Holliday S.B. Physical health, mental health, and utilization of complementary and alternative medicine services among Gulf War veterans / S.B. Holliday, A. Hull, C. Lockwood et al. //Medical care. – 2014. – Vol. 52. – №. 12. – P. S39-S44.Електронний доступ: doi: 10.1097/MLR.0000000000000223.

330. Hom M. A. A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members / M.A. Hom, I.H. Stanley, M.E. Schneider, T.E.Jr. Joiner //Clinical psychology review. – 2017. – Т. 53. – С. 59-78.Електронний доступ:doi: 10.1016/j.cpr.2017.01.008.

331. Houwen J. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue / J. Houwen, P.L.B.J. Lucassen, H.W. Stappers et al. //Family practice. – 2017. – Vol. 34. – №. 2. – P. 245-251.Електронний доступ: doi: 10.1093/fampra/cmw132.

332. Hunter A. Hypertension in the military patient / A. Hunter, D.A. Holdsworth, J. D'Arcy et al.//BMJ Military Health. – 2015. – Т. 161. – №. 3. – С. 200-205.Електронний доступ:doi: 10.1136/jramc-2015-000506.

333. Implementation of the Plan of Measures for Medical, Psychological, Professional Rehabilitation and Social Adaptation of Participants in the Anti-Terrorist Operation: An Analytical Report. /Didach V., Vasylenko L., Lavreniuk V. et al. // Kyiv: Hromads'kaorhanizacija «Vseukrajins'kapravezaxysnaorhanizacija «Jurydyčnasotnja», 2017. – 44 p.

334. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Режим доступу: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

335. Jakovljević M. Metabolic syndrome, somatic and psychiatric comorbidity in war veterans with post-traumatic stress disorder: Preliminary findings / M. Jakovljević, M. Sarić, S.Nad et al.//Psychiatria Danubina. – 2006. – Т. 18. – №. 3-4. – С. 169-176.Електронний доступ:PMID: 17099607.

336. Jakupcak M. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care / M. Jakupcak, M.T. Tull, M.J. McDermott et al.//Addictive behaviors. – 2010. – Vol. 35. – №. 9. – P. 840-843. Електронний доступ:doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.023.

337. Jones J.F. An extended concept of altered self: chronic fatigue and post-infection syndromes //Psychoneuroendocrinology. – 2008. – Vol. 33. – №. 2. – P. 119-129.Електронний доступ:doi:10.1016/j.psypneuen.2007.11.007

338. Kaikkonen N.M. International military operations and mental health—A review / N.M.Kaikkonen, T.Laukkala //Nordic journal of psychiatry. – 2016. – Vol. 70. – №. 1. – P. 10-15.Електронний доступ: doi: 10.3109/08039488.2015.1048718.

339. Kastelan A. Psychotic symptoms in combat-related post-traumatic stress disorder / A. Kastelan, T. Francisković, L. Moro et al.//Military Medicine. – 2007. – Т. 172. – №. 3. – С. 273-277.Електронний доступ:doi: 10.7205/milmed.172.3.273

340. Keane T. M. et al. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans /T. M.Keane, J. A.Fairbank, J. M.Caddell, R. T. Zimering//Behavior therapy. – 1989. – Vol. 20. – №. 2. – P. 245-260.Електронний доступ:[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80072-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80072-3)

341. Kemeny M.E. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression /M.E.Kemeny, M.Schedlowski //Brain, behavior, and immunity. – 2007. – Vol. 21. – №. 8. – P. 1009-1018.Електронний доступ:doi:10.1016/j.bbi.2007.07.010

342. Kern C. The Benefits of Reflexology for the Chronic Pain Patient in a Military Pain Clinic / C.Kern, A.McCoart, T.Beltranm, M.Martoszek //Journal of

Special Operations Medicine: a Peer Reviewed Journal for SOF Medical Professionals.

– 2018. – Vol. 18. – №. 4. – P. 103-105.

Электронный доступ: [https://www.researchgate.net/profile/Connie-](https://www.researchgate.net/profile/Connie-Kern/publication/329811436_The_Benefits_of_Reflexology_for_the_Chronic_Pain_Patient_in_a_Military_Pain_Clinic/links/60718401299bf1c911bee163/The-Benefits-of-Reflexology-for-the-Chronic-Pain-Patient-in-a-Military-Pain-Clinic.pdf)

[Kern/publication/329811436_The_Benefits_of_Reflexology_for_the_Chronic_Pain_Patient_in_a_Military_Pain_Clinic/links/60718401299bf1c911bee163/The-Benefits-of-Reflexology-for-the-Chronic-Pain-Patient-in-a-Military-Pain-Clinic.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Connie-Kern/publication/329811436_The_Benefits_of_Reflexology_for_the_Chronic_Pain_Patient_in_a_Military_Pain_Clinic/links/60718401299bf1c911bee163/The-Benefits-of-Reflexology-for-the-Chronic-Pain-Patient-in-a-Military-Pain-Clinic.pdf)

343. Koshes R. J. Use of inpatient psychiatric services on a US Army combat support post during Operations Desert Shield and Desert Storm: The stress of non-deployment / R. J.Koshes, J. M.Rothberg //Military medicine. – 1994. – Vol. 159. – №. 6. – P. 454-456.Электронный доступ:PMID: 7984305

344. Kramarow E.A.The health of male veterans and nonveterans aged 25-64, United States, 2007-2010. – US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2012. – №.101. – P. 1-8.

345. Lakhoua M. N. The need for systemic analysis and design methodology of medical equipments //International Journal of Applied Systemic Studies. – 2018. – Vol. 8. – №. 1. – P. 76-88. Электронный доступ: <https://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJASS.2018.091846>

346. Lane R.D. The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, part II: clinical applications and implications for research / R.D. Lane, S.R. Waldstein, H.D. Critchley et al.//Psychosomatic medicine. – 2009. – Vol. 71. – №. 2. – P. 135-151Электронный доступ: doi: 10.1097/PSY.0b013e318198a11f.

347. Lazar S. G. The mental health needs of military service members and veterans //Psychodynamic psychiatry. – 2014. – Vol. 42. – №. 3. – P. 459-478.Электронный доступ: doi: 10.1521/pdps.2014.42.3.459.

348. LeardMann C. A. Do adverse childhood experiences increase the risk of postdeployment posttraumatic stress disorder in US Marines? / C. A.LeardMann, B.Smith, M. A. K.Ryan //BMC Public Health. – 2010. – Vol. 10. – №. 1. – P. 1-8.Электронный доступ:doi:10.1186/1471-2458-10-437.

349. Lewis D.M. WHO definition of health remains fit for purpose //BMJ: British Medical Journal (Online). – 2011. – Vol. 343. – d5357. Электронный доступ:doi: 10.1136/bmj.d5357.

350. Lin T.A neurobehavioral account for individual differences in resilience to chronic military stress / T. Lin, S. Vaisvaser, E. Fruchter et al.//Psychological medicine. – 2015. – Vol. 45. – №. 5. – P. 1011-1023. Электронный доступ: doi: 10.1017/S0033291714002013.

351. Macgregor A.J. Deployment-related injury and posttraumatic stress disorder in US military personnel / A. J. Macgregor, J. J. Tang, A. L. Dougherty, M. R.Galarneau //Injury. – 2013. – Vol. 44. – №. 11. – P. 1458-1464.Электронный доступ: doi: 10.1016/j.injury.2012.10.009.

352. MacLean M. B. Postmilitary adjustment to civilian life: Potential risks and protective factors / M. B. MacLean, L. Van Til, J. M. Thompson et al.//Physical Therapy. – 2014. – Vol. 94. – №. 8. – P. 1186-1195.Электронный доступ:doi: 10.2522/ptj.20120107.

353. Madsen T. Are posttraumatic stress symptoms related to mental health service use? A prospective study of Danish soldiers deployed to Afghanistan / T. Madsen, S. B. Andersen, K. I.Karstoft //The Journal of clinical psychiatry. – 2016. – Vol. 77. – №. 10. – P. e1226-e1232. Электронный доступ:doi: 10.4088/JCP.15m10088.

354. MarkovaM.V.Post-stresseddisordersin servicemenwhotookpartinthefighting: prevalenceandexpectedconsequences / M. V.Markova, K. D.Gaponov// WPACongressofEpidemiologyandPublicHealth 2016, 29.03—01.04.2016. Book of Abstracts. Munich: Institute ofPsychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 30—31.

355. Marshall B.D.Coincident posttraumatic stress disorder and depression predict alcohol abuse during and after deployment among Army National Guard soldiers / B. D. Marshall, M. R.Prescott, I. Liberzon et al. //Drug and alcohol dependence. – 2012. – Vol. 124. – №. 3. – P. 193-199.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.027.

356. Masters K. J. Post-traumatic stress disorder in combat veterans //Journal of the American Academy of PAs. – 2018. – Vol. 31. – №. 11. – P. 11.Електронний доступ:doi: 10.1097/01.JAA.0000546487.96721.81

357. Matiash M. M. Мультиmodalний підхід в лікуванні віддалених наслідків мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу в учасників АТО / М. М.Matiash, L. I.Khudenko //INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL. – 2018. – №. 3.97. – С. 23-26.

358. Matz H. Skin diseases in war / H. Matz, E. Orion, E. Matz, R.Wolf //Clinics in dermatology. – 2002. – Vol. 20. – №. 4. – P. 435-438. Електронний доступ:doi: 10.1016/s0738-081x(02)00245-6.

359. Mayer E. A. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease //Gut. – 2000. – Vol. 47. – №. 6. – P. 861-869.Електронний доступ:doi: 10.1136/gut.47.6.861

360. Maynard C., Nelson K., Fihn S. D. Disability rating and 1-year mortality among veterans with service-connected health conditions / C.Maynard, K.Nelson, S. D.Fihn //Public Health Reports. – 2018. – Т. 133. – №. 6. – С. 692-699Електронний доступ: doi:10.1177/0033354918794929.

361. McEwen B. S. What's in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress / B. S.McEwen, J. C.Wingfield //Hormones and behavior. – 2010. – Vol. 57. – №. 2. – P. 105-111. Електронний доступ:doi: 10.1016/j.yhbeh.2009.09.011.

362. Meng L.B. The more critical murderer of atherosclerosis than lipid metabolism: chronic stress / L.B. Meng, R. Qi, L. Xu et al.//Lipids in health and disease. – 2018. – Vol. 17. – №. 1. – P. 1-9.Електронний доступ:doi: 10.1186/s12944-018-0795-4.

363. Meyer E.C.The influence of mindfulness, self-compassion, psychological flexibility, and posttraumatic stress disorder on disability and quality of life over time in war veterans / E.C. Meyer, S.B. Frankfurt, N.A. Kimbrel et al.//Journal of clinical psychology. – 2018. – Т. 74. – №. 7. – С. 1272-1280.Електронний доступ:doi: 10.1002/jclp.22596.

364. Morina N. Psychopathology and well-being in civilian survivors of war seeking treatment: a follow-up study / N. Morina, F. Rushiti, M. Salihu, J. D. Ford // *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. – 2010. – Vol. 17. – №. 2. – P. 79-86. Электронный доступ: doi: 10.1002/cpp.673.

365. Munakata M. Clinical significance of stress-related increase in blood pressure: current evidence in office and out-of-office settings // *Hypertension research*. – 2018. – Т. 41. – №. 8. – С. 553-569. Электронный доступ: doi: 10.1038/s41440-018-0053-1.

366. Nayback A. M. Posttraumatic stress: A concept analysis // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2009. – Т. 23. – №. 3. – С. 210-219. Электронный доступ: 10.1016/j.apnu.2008.06.001.

367. Noy S. Prevalence of psychological, somatic, and conduct casualties in war // *Military medicine*. – 2001. – Т. 166. – №. suppl_2. – С. 31-33.

368. Nygaard M. Secondary psychotic features in refugees diagnosed with post-traumatic stress disorder: a retrospective cohort study / M. Nygaard, C. Sonne, J. Carlsson // *BMC psychiatry*. – 2017. – Vol. 17. – №. 1. – P. 1-11. Электронный доступ: doi: 10.1186/s12888-016-1166-1.

369. Ollivier L. Gastrointestinal illnesses among French forces deployed to Djibouti: French military health surveillance, 2005–2009 / L. Ollivier, C. Decam, V. Pommier de Santi et al. // *The American journal of tropical medicine and hygiene*. – 2010. – Vol. 83. – №. 4. – P. 944-950. Электронный доступ: doi: 10.4269/ajtmh.2010.10-0190.

370. Orr S. P. Predicting post-trauma stress symptoms from pre-trauma psychophysiologic reactivity, personality traits and measures of psychopathology / S. P. Orr, N. B. Lasko, M. L. Macklin et al. // *Biology of mood & anxiety disorders*. – 2012. – Vol. 2. – №. 1. – P. 1-12. Электронный доступ: doi: 10.1186/2045-5380-2-8.

371. Pallmeyer T. P. The psychophysiology of combat-induced post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans / T. P. Pallmeyer, E. B. Blanchard, L. C. Kolb

//Behaviour Research and Therapy. – 1986. – Vol. 24. – №. 6. – P. 645-652.Электронный доступ: doi: 10.1016/0005-7967(86)90059-8

372. Parsel S. M. Combat zone exposure and respiratory tract disease / S. M. Parsel, C. A.Riley, E. D.McCoul //International Forum of Allergy & Rhinology. – 2018. – Vol. 8. – №. 8. – P. 964-969.Электронный доступ: doi: 10.1002/alr.22123.

373. Peckerman A. Effects of posttraumatic stress disorder on cardiovascular stress responses in Gulf War veterans with fatiguing illness / A. Peckerman, K. Dahl, R.Chemitiganti et al. //Autonomic Neuroscience. – 2003. – Vol. 108. – №. 1-2. – P. 63-72.Электронный доступ:doi: 10.1016/S1566-0702(03)00155-3.

374. Phillips L.A. Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication /L.A. Phillips, L. McAndrew, B. Laman-Maharg, K.Bloeser //Patient education and counseling. – 2017. – Vol. 100. – №. 8. – P. 1580-1587.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.pes.2017.03.011.

375. Priebe S. Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. / S. Priebe, J. Jankovic Gavrilovic, S. Bremner et al.//Psychopathology. – 2013. – Vol. 46. – №. 1. – P. 45-54. Электронный доступ:doi: 10.1159/000338640.

376. Priebe S.Consequences of untreated posttraumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: morbidity, subjective quality of life, and care costs / S. Priebe, A. Matanov, J. Janković Gavrilović et al.//Croatian medical journal. – 2009. – Т. 50. – №. 5. – С. 465-475.Электронный доступ:doi: 10.3325/cmj.2009.50.465

377. Ramchand R. Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan / R. Ramchand, R. Rudavsky, S. Grant et al.//Current psychiatry reports. – 2015. – Vol. 17. – №. 5. – P. 1-11.Электронный доступ:doi: 10.1007/s11920-015-0575-z.

378. Rank M.G. The treatment of posttraumatic stress disorder in an extended care psychiatric rehabilitation program / M.G. Rank, I. Chaffin, C.R. Figley,

T.Lawrence //Work. – 2008. – Vol. 30. – №. 2. – P. 113-121.Электронный доступ: PMID: 18413927

379. Richardson L. K. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review / L. K.Richardson, B. C.Frueh, R.Acierno //Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 44. – №. 1. – P. 4-19.Электронный доступ: doi: 10.3109/00048670903393597.

380. Rihmer Z. Prevention of depression-related suicides in primary care / Z.Rihmer, X.Gonda //Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata. – 2012. – Vol. 27. – №. 2. – P. 72-81.Электронный доступ: PMID: 22700618

381. Rihmer Z. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides / Z. Rihmer, P. Döme, X. Gonda //Neuropsychopharmacologia Hungarica. – 2012. – Vol. 14. – №. 4. – P. 245-251.Электронный доступ: PMID: 23269211

382. Rondier J.P. Traumatic psychological combat disorders. Extraordinary experiences. //Soins. Psychiatrie. – 2015. – №. 297. – С. 9.

383. Ross J. A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder and functional impairment in UK treatment-seeking veterans /J. Ross, D. Murphy, C.Armour //Journal of Anxiety Disorders. – 2018. – Vol. 57. – P. 7-15.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.janxdis.2018.05.007.

384. Roy B. Emotion regulation moderates the association between chronic stress and cardiovascular disease risk in humans: a cross-sectional study / B.Roy, C.Riley, R.Sinha //Stress. – 2018. – Vol. 21. – №. 6. – P. 548-555. Электронный доступ: doi: 10.1080/10253890.2018.1490724.

385. Rubin R. Recent suicides highlight need to address depression in medical students and residents //JAMA. – 2014. – Vol. 312. – №. 17. – P. 1725-1727.

386. Santos-Ribeiro D. The integrated stress response system in cardiovascular disease / D. Santos-Ribeiro, L. Godinas, C. Pilette, F.Perros //Drug discovery today. – 2018. – Vol. 23. – №. 4. – P. 920-929.Электронный доступ: doi: 10.1016/j.drudis.2018.02.008.

387. Savitsky L. Civilian social work: Serving the military and veteran populations / L.Savitsky, M.Illingworth, M.DuLaney //Social Work. – 2009. – Т. 54. – №. 4. – С. 327-339.Электронный доступ: doi: [10.1093/sw/54.4.327](https://doi.org/10.1093/sw/54.4.327)
388. Schry A.R. Straits-Tröster K, et al. et al. The relationship between posttraumatic stress symptoms and physical health in a survey of US veterans of the Iraq and Afghanistan era / A.R. Schry, M.B. Rissling, E.L. Gentes et al //Psychosomatics. – 2015. – Vol. 56. – №. 6. – P. 674-684.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.psych.2015.07.010.
389. Shea-Porter C. Posttraumatic stress disorder and government initiatives to relieve it //Health and Social Work. – 2009. – Vol. 34. – №. 3. – P. 235-237.Электронный доступ: doi: 10.1093/hsw/34.3.235
390. Shipherd J. C. Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veterans: what role do PTSD symptoms play? / J.C.Shipherd, J.Stafford, L.R.Tanner //Addictive behaviors. – 2005. – Vol. 30. – №. 3. – P. 595-599.Электронный доступ:doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.023
391. Siddharthan K. The effect of post traumatic stress disorders on rehabilitation among combat-wounded veterans //Global Telehealth 2012. – IOS Press, 2012. – С. 114-124.
392. Smarr K. L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck depression Inventory-II (BDI-II), center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health Questionnaire-9 (PHQ-9) / K. L.Smarr, A. L.Keefer //Arthritis care &research. – 2011. – Vol. 63. – №. S11. – С. S454-S466.Электронный доступ: doi:10.1002/acr.20556.
393. Smith T.C. The physical and mental health of a large military cohort: baseline functional health status of the Millennium Cohort / T.C. Smith, M. Zamorski, B. Smith, et al.//BMC public health. – 2007. – Vol. 7. – №. 1. – P. 1-13.Электронный доступ:doi: 10.1186/1471-2458-7-340

394. Song H. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease / H. Song, F. Fang, G. Tomasson et al.//Jama. – 2018. – Vol. 319. – №. 23. – P. 2388-2400.Электронный доступ:doi: 10.1001/jama.2018.7028.

395. Spielberger C. D. Manual for the state-trait-anxiety inventory./C. D.Spielberger, R. L.Gorsuch, R. E.Lushene // Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1970.

396. Spira J.L. Expert panel: Future directions of technological advances in prevention, assessment, and treatment for military deployment mental health / J.L. Spira, S. Johnston, R. McLay et al.//Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. – 2010. – Vol. 13. – №. 1. – P. 109-117.Электронный доступ: doi: 10.1089/cyber.2009.0370.

397. Steel J. L. Measuring depression and PTSD after trauma: common scales and checklists/J. L.Steel, Dunlavy A. C., Stillman J., Pape H. C.// Injury. – 2011. – Vol. 42. – №. 3. – С. 288-300.Электронный доступ: doi: 10.1016/j.injury.2010.11.045.

398. Steele M. Mediation and moderation of the relationship between combat experiences and post-traumatic stress symptoms in active duty military personnel / M.Steele, A.Germain, J. S.Campbell //Military medicine. – 2017. – Vol. 182. – №. 5-6. – P. e1632-e1639.Электронный доступ: doi: 10.7205/MILMED-D-16-00169.

399. Stewart C. L. Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies / C. L. Stewart, T. A.Wrobel //Military medicine. – 2009. – Vol. 174. – №. 5. – P. 460-469.. Электронный доступ:doi: 10.7205/milmed-d-04-1507

400. Stojanovich L. Stress as a trigger of autoimmune disease / L. Stojanovich, D.Marisavljevich //Autoimmunity reviews. – 2008. – Vol. 7. – №. 3. – P. 209-213.Электронный доступ: doi: 10.1016/j.autrev.2007.11.007.

401. Strine T. W. et al. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems / T.W. Strine, S.R. Dube, V.J. Edwardset al. //American journal of health behavior. – 2012. – Vol. 36. – №. 3. – P. 408-423.Электронный доступ:doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.3.11>

402. Su Y. J. Negative cognitions prior to trauma predict acute posttraumatic stress disorder symptomatology / Y. J. Su, S. H. Chen //Journal of traumatic stress. – 2018. – Vol. 31. – №. 1. – P. 14-24. Электронный доступ:doi: 10.1002/jts.22255.

403. Taillieu T.L. Risk factors, clinical presentations, and functional impairments for generalized anxiety disorder in military personnel and the general population in Canada / T.L. Taillieu, T.O. Afifi, S. Turner et al.//The Canadian Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 63. – №. 9. – С. 610-619.Электронный доступ: doi: 10.1177/0706743717752878.

404. Thayer J.F. Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain /J.F.Thayer, J.F.Brosschot //Psychoneuroendocrinology. – 2005. – Т. 30. – №. 10. – С. 1050-1058.Электронный доступ:doi:10.1016/j.psyneuen.2005.04.014

405. Tosevski D. L. Stressful life events and physical health / D.L.Tosevski, M.P.Milovancevic //Current opinion in psychiatry. – 2006. – Vol. 19. – №. 2. – P. 184-189.Электронный доступ:doi:10.1097/01.yco.0000214346.44625.57.

406. Trautmann S. Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: a standardised comparison with civilians / S. Trautmann, L. Goodwin, M. Höfler et al.//Epidemiology and psychiatric sciences. – 2017. – Vol. 26. – №. 2. – P. 199-208.Электронный доступ:doi: 10.1017/S204579601600024X.

407. Tripp J. Medically unexplained symptoms //Journal of the Royal Society of Medicine. – 2004. – Vol. 97. – №. 7. – P. 360-361.Электронный доступ:doi: 10.1258/jrsm.97.7.360-d

408. True P. K. Treatment of stress reaction prior to combat using the “BICEPS” model / P. K.True, M. W.Benway //Military medicine. – 1992. – Т. 157. – №. 7. – С. 380-381.Электронный доступ:PMID: 1528476

409. Vermetten E. Risk Management of Terrorism Induced Stress: Guidelines for the Golden Hours (Who, What and When). / E.Vermetten, I.Frankova, L.Carmi // IOS Press, 2020. – Т. 148. – P. 212.

410. Visser E. Physical trauma patients with symptoms of an acute and posttraumatic stress disorder: Protocol for an observational prospective cohort study /

E. Visser, T. Gosens, B. Den Oudsten, J. De Vries //JMIR research protocols. – 2018. – Vol. 7. – №. 3. – P. e88. Электронный доступ: doi: 10.2196/resprot.9006.

411. Vitzthum K. Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers / K. Vitzthum, S. Mache, R. Joachim et al. //Journal of Occupational Medicine and Toxicology. – 2009. – Vol. 4. – №. 1. – P. 1-7. Электронный доступ: doi: 10.1186/1745-6673-4-21.

412. Wade D.T. Describing rehabilitation interventions. // Clin Rehabil. – 2005. – Vol. 19(8). P. 811-818. Электронный доступ: doi: 10.1191/0269215505cr923ed.

413. Wells T.S. Self-reported reproductive outcomes among male and female 1991 Gulf War era US military veterans / T.S. Wells, L.Z. Wang, C.N. Spooner et al. //Maternal and child health journal. – 2006. – Vol. 10. – №. 6. – P. 501-510. Электронный доступ: doi: 10.1007/s10995-006-0122-y

414. Wenzel D. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors / D. Wenzel, J. M. P. Souza, S. B. Souza //Revista de saude publica. – 2009. – Vol. 43. – P. 789-795. Электронный доступ: doi: 10.1590/s0034-89102009005000059.

415. Whitney D. Ensemble perception / D. Whitney, A. Yamanashi Leib //Annual review of psychology. – 2018. – Vol. 69. – P. 105-129. Электронный доступ: doi: 10.1146/annurev-psych-010416-044232.

416. Williams A. C. C. Medically unexplained symptoms and pain: misunderstanding and myth / A. C. C. Williams, M. Cella //Current opinion in supportive and palliative care. – 2012. – Vol. 6. – №. 2. – P. 201-206. Электронный доступ: doi: 10.1097/SPC.0b013e328352124f

417. Williams S.G. Sleep disorders in combat-related PTSD / S.G. Williams, J. Collen, N. Orr et al. //Sleep and Breathing. – 2015. – Vol. 19. – №. 1. – P. 175-182. Электронный доступ: doi: 10.1007/s11325-014-0984-y.

418. Wilson M. D. Occupational stress and subclinical atherosclerosis: a systematic review / M.D. Wilson, L.M. Conroy, S. Dorevitch //International journal of

occupational and environmental health. – 2014. – Vol. 20. – №. 4. – P. 271-280.Электронный доступ:doi: 10.1179/2049396714Y.00000000076.

419. Yeomans P. D. Removing barriers in the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder / P. D.Yeomans, R. J.Ross //Military medicine. – 2016. – Vol. 181. – №. 7. – P. 625-626.Электронный доступ:doi: 10.7205/MILMED-D-15-00182.

420. Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study /S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuuet al. //The lancet. – 2004. – Т. 364. – №. 9438. – С. 937-952.Электронный доступ:doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9.

421. Zhang M. Allostasis--stability through change //Sheng li ke xue jin zhan [Progress in physiology]. – 2015. – Vol. 46. – №. 4. – P. 269-272.Электронный доступ:PMID: 26669078

422. Zhu Z. Causal associations between risk factors and common diseases inferred from GWAS summary data. Causal associations between risk factors and common diseases inferred from GWAS summary data / Z. Zhu, Z. Zheng, F. Zhang, Y. Wu et al.//Nature communications. – 2018. – Т. 9. – №. 1. – С. 1-12.Электронный доступ:10.1038/s41467-017-02317-2.

423. Zohar J. Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder following combat trauma: a semiprospective study. / J. Zohar, L. Fostick, A. Cohen et al. //J Clin Psychiatry. – 2009. Vol.70. – №.12. – P.1629-35. Электронный доступ:doi: 10.4088/JCP.08m04378blu.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

Шановний учаснику АТО/ОСС просимо Вас дати відповідь на поставлені питання.

Чи відчуваєте Ви:

Питання	ТАК/НІ
Збудливість, дратівливість	
Апатія, млявість	
Зменшення працездатності	
Безсоння	
Гіперестезії	
«Грудка в горлі»	

Питання до медичного працівника

Питання для медичного працівника	Показники
ЧСС	
Діастолічний АТ	
Систолічний АТ	
Систолічний об'єм крові	

Систолічний об'єм можна розрахувати за формулою:

$V_s = 90,97 + 0,54 \text{ ПТ} \times 0,57 \text{ ДТ} - 0,61 \text{ В}$, де: ПТ – пульсовий тиск (мм рт. ст.), ДТ – діастолічний тиск (мм рт. ст.), В – вік у роках.

Тестування і визначення показників пацієнтів проводиться до і після лікування.

ПІСЛЯ ВТРУЧАННЯ

Питання до медичного працівника

Питання для медичного працівника	Показники
ЧСС	
Діастолічний АТ	
Систолічний АТ	
Систолічний об'єм крові	

За шкалою Спілбергера-Ханіна: _____ балів

Карта учасника АТО	
ПІБ	
Дата народження	
Місце проживання	
Сімейне положення (одружений, не одружений, розлучений, громадянський шлюб)	
З ким проживаєте (один, з родиною)	
Діти	
Освіта (не повна середня, середня, середня спеціальна, вища)	
Професія	
Стан мобілізації (доброволець, мобілізований, військовий з досвідом БД/без досвіду БД, працівник поліції)	
Як довго знаходився у зоні АТО	
Відділення (кардіологія, неврологія, гастроентерологія, хірургія)	
Діагноз	
Психолог	
Психотерапевт	
Психіатр	
Чи присутні ознаки ПТСР	

Що для Вас важливо? (необхідне підкреслити)

• Баланс • Мама • Допомога • Визнання • Батько • Вдача • Робота • Дружба • Комфорт • Увага • Здоров'я • Навчання • Терпіння	• Красота • Музика • Гроші • Усамітнення • Радість • Гумор • Розслаблення • Рівність • Благополуччя • Вірність • Самостійність • Бути разом • Релігія	• Вплив • Самоповага • Ритм • Належати • Розуміння • Зусилля • Допомога іншим • Інтуїція • Мир • Підтримка • Віра в себе • Їжа	• Прямолінійність • Відносини • Тварини • Природа • Відповідальність • Сім'я • Мудрість • Спорт • Приватність • Відвертість • Виклики • Близкість • Одяг
---	---	---	--

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу

Ім'я _____ Стать _____ Вік _____
 Сімейний стан _____ Діти _____ Професія _____

Користуючись цією шкалою, вкажіть якою мірою ви згодні або не згодні з цим твердженням. Кожне твердження має шкалу від «1» до «5» – обведіть ту цифру, яку вважаєте за потрібну. Дайте лише одну відповідь на кожне твердження.

Твердження	Абсолютно не вірно	Відносно вірно	В певній мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
1. До військової служби я мав більше близьких друзів, ніж зараз..	1	2	3	4	5
2. Я ніколи не відчуваю жодної вини за те, що я робила в армії.	5	4	3	2	1
3. Якщо хтось штовхне мене, це може легко привести мене в сказ.	1	2	3	4	5
4. Якщо відбувається щось, що нагадує мені про військову службу, я стаю засмученим і пригніченим.	1	2	3	4	5
5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.	1	2	3	4	5
6. Я здатний на емоційну близькість з іншою людиною.	5	4	3	2	1
7. Мені сняться ночами кошмари про події в армії, які справді мали місце.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, я думаю, що краще б я помер.	1	2	3	4	5
9. Здається, що я не маю почуттів.	1	2	3	4	5
10. Нещодавно я мав думки про самогубство.	1	2	3	4	5
11. Я засинаю, сплю і прокидаюся тільки тоді, коли приходить тривога.	5	4	3	2	1
12. Я здивований, чому я досі живий, коли всі інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У деяких ситуаціях я відчуваю себе, ніби я знову на війні.	1	2	3	4	5
14. Мої нічні сновидіння такі реальні, що я прокидаюся в холодному поті і змушую себе не спати.	1	2	3	4	5

15. У мене таке почуття, ніби я не можу рухатися.	1	2	3	4	5
16. Я не сміюся і не плачу над тим, що зазвичай смішить чи викликає плач у інших людей.	1	2	3	4	5
17. Мені, як і раніше, подобається робити ті речі, які я любив робити раніше.	5	4	3	2	1
18. Мої мрії, фантазії реальні та лякаючі.	1	2	3	4	5
19. Після звільнення з армії мені було легко працювати.	5	4	3	2	1
20. У мене були труднощі з тим, щоб зосередитись на завданні.	1	2	3	4	5
21. Я можу заплакати без причини.	1	2	3	4	5
22. Я люблю бути в компанії.	5	4	3	2	1
23. Мене лякають мої раптові бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю ночами.	5	4	3	2	1
25. Несподіваний шум змушує мене скрикувати.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я м'яка, добродушна людина.	5	4	3	2	1
28. Є такі речі, які я робив на військовій службі, про які я нікому не зміг би розповісти, бо вважаю, що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я змушений вживати алкоголь чи ліки (наркотики), щоб заснути чи забути на якийсь час про те, що сталося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
30. Я почувуюся зручно у натовпі.	5	4	3	2	1
31. Я втрачаю самоконтроль і «вибухаю» через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж добра, як раніше.	5	4	3	2	1
35. Я відчуваю труднощі у прояві своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей.	1	2	3	4	5

Шкала депресії Бека

Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви почували себе цього тижня і сьогодні. Поставте галочку біля вибраного твердження.

- 1) 0 Я не відчуваю засмученим, сумним.
1 Я засмучений.
2 Я весь час засмучений і не можу від цього вимкнутись.
3 Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.
- 2) 0 Я не турбуюся про своє майбутнє.
1 Я відчуваю, що спантеличений майбутнім.
2 Я відчуваю, що на мене нічого не чекає в майбутньому.
3 Моє майбутнє безнадійне, і ніщо не може змінитись на краще.
- 3) 0 Я не відчуваю невдахою.
1 Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.
2 Коли я озираюсь на своє життя, я бачу в ній багато невдач.
3 Я відчуваю, що як особистість я повний невдаха.
- 4) 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.
- 5) 0 Я не відчуваюся в чомусь винним.
1 Досить часто я відчуваюся винним.
2 Більшість часу я відчуваюся винним.
3 Я постійно відчуваю провину.
- 6) 0 Я не відчуваю, що можу бути покараним за будь-що.
1 Я відчуваю, що я можу бути покараний.
2 Я чекаю, що я можу бути покараний.
3 Я відчуваюся вже покараним.
- 7) 0 Я не розчарувався в собі.
1 Я розчарувався у собі.
2 Я противний собі.
3 Я ненавижу себе.
- 8) 0 Я знаю, що я не гірший за інших.
1 Я критикую себе за помилки та слабкості.
2 Я весь час звинувачую себе за вчинки.
3 Я звинувачую себе в усьому поганому, що діється.
- 9) 0 Я ніколи не думав накласти на себе руки.
1 До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не здійснюватиму їх.
2 Я хотів би накласти на себе руки.
3 Я б убив себе, якби випала нагода.
- 10) 0 Я плачу не більше, ніж зазвичай.
1 Зараз я плачу частіше, ніж раніше.
2 Тепер я весь час плачу.
3 Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

- 11) 0 Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.
1 Я легше дратую, ніж раніше.
2 Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
3 Я став байдужим до речей, які мене дратували раніше.
- 12) 0 Я не утратив інтереса к другим людям.
1 Я менше інтересуюсь другими людьми, чем раньше.
2 Я почти потерял интерес к другим людям.
3 Я полностью утратил интерес к другим людям.
- 13) 0 Я відкладаю ухвалення рішення іноді, як і раніше.
1 Я частіше, ніж раніше, відкладаю ухвалення рішення.
2 Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
3 Я більше не можу приймати рішення.
- 14) 0 Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
1 Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.
2 Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, які роблять мене непривабливим.
3 Я знаю, що виглядаю потворно.
- 15) 0 Я можу працювати так само добре, як і раніше.
1 Мені потрібно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити щось.
2 Я насилу змушую себе робити що-небудь.
3 Я зовсім не можу виконувати жодної роботи.
- 16) 0 Я сплю так само добре, як і раніше.
1 Зараз я сплю гірше, ніж раніше.
2 Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.
3 Я прокидаюся на кілька годин раніше, ніж звичайно, і більше не можу заснути.
- 17) 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.
1 Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.
2 Я втомлююся майже від усього, що я роблю.
3 Я не можу нічого робити через втому.
- 18) 0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.
1 Мій апетит став гіршим, ніж раніше.
2 Мій апетит тепер значно гірший.
3 У мене взагалі немає апетиту.
- 19) 0 Останнім часом я не схуд чи втрата ваги була незначною.
1 Останнім часом я втратив понад 2 кг.
2 Я втратив понад 5 кг.
3 Я втратив понад 7 кг. Я навмисно намагаюся схуднути і їм менше.
- 20) 0 Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.
1 Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі як болі, розлад шлунка, запори і т.д.
2 Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.
3 Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.
- 21) 0 Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до близькості.
1 Мене менше цікавлять проблеми близькості, ніж раніше.
2 Зараз я значно менше цікавлюся міжстатевими відносинами, ніж раніше.
3 Я повністю втратив лібідо інтерес.

Тест на тривожність Спілбергера-Ханіна

Частина I

Інструкція. Прочитайте уважно кожен з наведених нижче пропозицій та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ** в **ДАНИЙ МОМЕНТ**. Відповідайте перше, що спало на думку.

Шкала самооцінки (СТ)

№ пп	Судження	Ні, це не так	Напевно ,так	Вірно	Дійсно вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3.	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я розчарований	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я стурбований	1	2	3	4
10.	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	1	2	3	4
18.	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Інструкція. Прочитайте уважно кожну з наведених нижче пропозицій та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ** в **ДАНИЙ МОМЕНТ**. Відповідайте перше, що спало на думку.

Шкала самооцінки (ЛТ)

№ пп	Суждение	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
21.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
22.	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
23.	Я легко впадаю в розпач	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути	1	2	3	4
26.	Я відчуваю приплив сил і бажання працювати	1	2	3	4
27.	Я спокійний, урівноважений та зібраний	1	2	3	4
28.	Мене турбують можливі труднощі	1	2	3	4
29.	Я дуже переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Я відчуваю себе беззахисним	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я буваю задоволений	1	2	3	4
37.	Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Буває, що я відчуваю себе невдахою	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Анкета ACE

До того, як вам виповнилось вісімнадцять років...

1. Чи траплялося так, що хтось з батьків або інший дорослий, що проживав з Вами, часто чи дуже часто лаяв Вас, ображав, гнобив або принижував? Можливо, він діяв таким чином, що Ви боялися фізичного насилля?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

2. Чи траплялося так, що хтось з батьків або інший дорослий, що проживав з Вами, часто чи дуже часто штовхав Вас, хватав, шльопав або кидав в Вас що-небудь? Можливо, колись він вдарив Вас так сильно, що у Вас залишилися побої або Ви отримали травму?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

3. Чи траплялось так, що дорослий або хто-небудь старше Вас мінімум років на п'ять коли-небудь чіпав Вас, або пестив Вас, або примушував Вас торкатися його/її тіла з натяком на секс? Або мав намір торкатися (торкався) вас неналежним чином, або скоїв над Вами сексуальне насилля?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

4. Чи траплялося так, що Ви часто чи дуже часто відчували, що ніхто в Вашій родині Вас не любить або не проявляє до Вас зацікавленість? Можливо, Ви відчували, що члени Вашої родини не піклуються один про одного, не відчують близькості, не підтримують один одного?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

5. Чи траплялось так, що часто чи дуже часто відчували, що Вам не вистачає їжі? Можливо, Вам приходилося носити брудні речі? Можливо, Ваші батьки були дуже п'яні або «під кайфом», щоб піклуватися про Вас або

зводити до лікаря в випадку необхідності? Можливо, у Вас було відчуття, що ніхто Вас не захищає?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

6. Можливо, Ви втратили когось із своїх біологічних батьків з причини розлучення, відмови від Вас або будь-якої іншої причини?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

7. Чи траплялося так, що Вашу матір або іншу близьку людину часто чи дуже часто штовхали, хватали, били або кидали що-небудь в неї/нього? Можливо, це відбувалося на Ваших очах?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

8. Чи проживали Ви з ким-небудь, хто був схильний до зловживання алкоголем, або був п'яницею, або вживав наркотики?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

9. Чи страждав хто-небудь з Ваших домочадців депресією або психічними захворюваннями? Чи робив хтось спробу закінчити життя самогубством?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

10. Чи сидів хто-небудь з Ваших домочадців у тюрмі?

Так/Ні

Якщо так, поставте 1 ____

Підрахуйте суму і напишіть результат: _____

Шановний респонденте, задля покращення психологічної допомоги просимо Вас відповісти на наступні питання:

Чи є у Вас бойовий досвід?	Так ☐	Ні ☐
Чи потрібна психологічна допомога?	Так ☐	Ні ☐
Чи потрібне психологічне навчання?	Так ☐	Ні ☐
Ваше ставлення до примусової психологічної реабілітації?	Так ☐	Ні ☐
Чи має бути підготовка до мирного життя?	Так ☐	Ні ☐
Чи необхідна обов'язкова психологічна реабілітація?	Так ☐	Ні ☐
Ваше ставлення до психологічної реабілітації для потребуючих?	Так ☐	Ні ☐
Чи потрібна робота з сім'ями?	Так ☐	Ні ☐
Чи потрібні групи спілкування?	Так ☐	Ні ☐
Чи знаєте Ви про можливість реабілітації?	Так ☐	Ні ☐
Чи знаєте, хто такий психолог?	Так ☐	Ні ☐
Чи необхідна посада психолога?	Так ☐	Ні ☐

АНКЕТА

Шановний респонденте, просимо Вас надати відповіді на наступні питання.

ПІБ	
Вік	
Стать	
Стаж роботи	
Категорія	
Стаж роботи з учасниками АТО?	

Як Ви вважаєте, чи потрібна психологічна допомога учасникам АТО?	Так ☐	Ні ☐
На Вашу думку, чи потрібне психологічне навчання?	Так ☐	Ні ☐
Як Ви ставитеся до примусової психологічної реабілітації?	Так ☐	Ні ☐
Чи має бути підготовка до мирного життя?	Так ☐	Ні ☐
Ваше ставлення до обов'язкової психологічної реабілітації?	Так ☐	Ні ☐
Що Ви думаєте про необхідність психологічної реабілітації для потребуючих?	Так ☐	Ні ☐
Чи вважаєте Ви, що потрібна робота з сім'ями?	Так ☐	Ні ☐
На ваш розсуд, чи мають бути групи спілкування?	Так ☐	Ні ☐
Чи знаєте Ви про можливість реабілітації?	Так ☐	Ні ☐
Чи необхідним є посада психолога?	Так ☐	Ні ☐

Які проблеми у Вас виникають при наданні медичної допомоги учасникам АТО?	
Відсутність прихильності до лікування	☐
Невиконання призначень лікаря	☐
Недотримання режиму лікування	☐
Суперечки з медперсоналом	☐
Часта алкоголізація	☐
Вкажіть інше	

Шановний експерте, просимо Вас оцінити за 5-ти бальною шкалою наступні питання.

Питання	1	2	3	4	5
Забезпечення для ветеранів АТО законодавчо визначені гарантії	☐	☐	☐	☐	☐
Забезпечення для ветеранів АТО законодавчо визначені гарантії (медичного захисту)	☐	☐	☐	☐	☐
Забезпечення для ветеранів АТО законодавчо визначені гарантії (соціального захисту)	☐	☐	☐	☐	☐
Ефективне функціонування регіональних центрів медичної допомоги	☐	☐	☐	☐	☐
Ефективне функціонування регіональних центрів реабілітаційної допомоги	☐	☐	☐	☐	☐
Надання комплексної реабілітації медичного напрямку	☐	☐	☐	☐	☐
Надання комплексної реабілітації психологічного напрямку	☐	☐	☐	☐	☐
Надання комплексної реабілітації фізичного напрямку	☐	☐	☐	☐	☐
Створення відповідних підрозділів	☐	☐	☐	☐	☐
Впровадження мультидисциплінарного підходу	☐	☐	☐	☐	☐
Досвід роботи з бойовою травмою	☐	☐	☐	☐	☐
Сприйняття ветеранів АТО як героїв сьогодення	☐	☐	☐	☐	☐
Порушення законодавчих актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни	☐	☐	☐	☐	☐
Порушення нормативних актів, які регулюють надання медичної допомоги ветеранам війни	☐	☐	☐	☐	☐
Втрата соціального статусу ветерана війни на первинному рівні медичної допомоги	☐	☐	☐	☐	☐
Втрата диспансерного обстеження за станом здоров'я ветерана війни	☐	☐	☐	☐	☐
Втрата комплексного підходу в лікуванні та реабілітації ветеранів війни	☐	☐	☐	☐	☐
Недостатнє фінансування закладів	☐	☐	☐	☐	☐
Відсутня можливість оновлення матеріально-технічної бази	☐	☐	☐	☐	☐
Низька заробітна плата фахівців	☐	☐	☐	☐	☐

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Головний лікар ДП "Санаторій для дітей
з батьками "Скадовськ" ПРАТ
"Укрпрофоздоровниця"
М.І. Перець
2021 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of a part of participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova // The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Дочірнього підприємства "Санаторій для дітей з батьками "Скадовськ" Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами для використання в плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок збройного конфлікту. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря
з медичної частини
"Санаторій для дітей з батьками "Скадовськ"
ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"

Сенішова М.О.



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

професор з наукової роботи
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова
професор

травня 2021 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. *Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:* Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. *Джерело інформації:*
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. *Ким та коли впроваджено:* кафедрою соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.
5. *Терміни впровадження:* 2020-2021 рр.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. *Ефективність впровадження:* Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. *Зауваження та пропозиції:* Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини
та організації охорони здоров'я
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова
д.мед.н., професор

О.М. Очередько

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор ДП "Клінічний санаторій
"Карпати" ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"
І.І. Кошеля
« 12 » травня 2021 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Дочірнього підприємства "Клінічний санаторій "Карпати" Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами для використання в плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок збройного конфлікту. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора
з медичної частини
ДП "Клінічний санаторій "Карпати"
ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор з наукової роботи
Івано-Франківського національного
медичного університету імені
професора
«16» Березня



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань студентів та слухачів курсів післядипломної освіти з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини
та громадського здоров'я
Івано-Франківського національного
медичного університету
д. мед. н., професор

 О. З. Децик

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
 Головний лікар ДП "Клінічний санаторій
 "Роша" ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"
 В.О. Журавльов
 2021 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Дочірнього підприємства "Клінічний санаторій "Роша" Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами для використання в плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок збройного конфлікту. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря
 з медичної частини
 ДП "Клінічний санаторій "Роша"
 ПРАТ "Укрпрофоздоровниця





АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я Сумського державного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я
медичного інституту СумДУ
д.мед.н., професор

 В.А. Сміянов

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
 Головний лікар ДП «Санаторій "Шаян"
 ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"
 Т.І. Прокопович
 « 8.3 » 2021 року



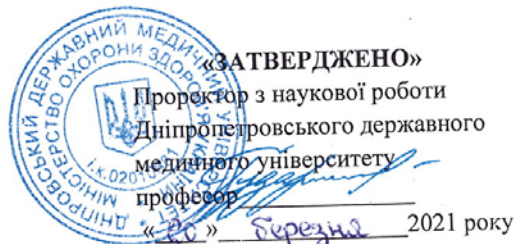
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Дочірнього підприємства "Санаторій "Шаян" Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами для використання в плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок збройного конфлікту. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря
 з медичної частини
 ДП "Санаторій "Шаян"
 ПРАТ "Укрпрофоздоровниця





АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпропетровського державного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор кафедри соціальної медицини,
громадського здоров'я та управління
охороною здоров'я Дніпропетровського
державного медичного університету
д.мед.н., професор

 В.М.Лехан

«Затверджую»



Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного університету імені
Данила Галицького, член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
професор

Гжегоцький М.Р.

"14" 06 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я ФПДО
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
д.мед.н., професор


О.В. Любінець



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Дочірнього підприємства "Санаторій "Славутич" імені Б.В. Пашковського" Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами для використання в плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок збройного конфлікту. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря
з медичної частини ДП "Санаторій "Славутич"
імені Б.В. Пашковського"
ПРАТ "Укрпрофоздоровниця"

Проректор з науково-педагогічної роботи
Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського
д.мед.н., професор _____



« 10 » вересня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
д.мед.н., професор _____

Г.С. Сатурська

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор з наукової роботи
Харківського національного медичного
університету
професор М. Ясодов В.В.



2021 року

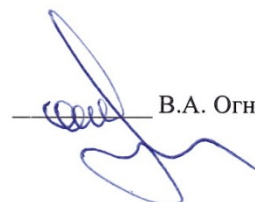
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova //The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стресс-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету
д.мед.н., професор

 В.А. Огнев

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор з наукової роботи та інновацій
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця
професор Земсков С.В.

« 18 » вересня 2021 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень



1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна. Автор: Гавловський О.Д.
3. **Джерело інформації:**
 - Havlovskiy O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of participants based on determining their psychological values / O. D. Havlovskiy, I. A. Holovanova // The Medical and Ecological Problems. – 2020. – Т. 24. – №. 1-2. – С. 20-23.
 - Zhdan V. M. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations / V. M. Zhdan, O. D. Havlovskiy // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. LXXIII, issue 6. – P. 1272–1278.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
5. **Терміни впровадження:** 2020-2021 рр.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань системи реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами.
8. **Зауваження та пропозиції:** Система реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами є ефективною і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини
та громадського здоров'я Національного
медичного університету імені О.О. Богомольця
д.мед.н., професор

 Т.С. Грузєва