

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ
ОПЕРАЦІЇ»**

Виконала: студентка 1 курсу,
групи 8. 2319-сп-з
спеціальності: 231 – соціальна
робота: соціальна педагогіка

Краус Євгенія Олександрівна

Керівник: кандидат педагогічних
наук, доцент Соловйова Т. Г.

Рецензент: _____

Запоріжжя

2020

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна педагогіка»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

- 1. Тема роботи:** «» затверджена наказом ЗНУ від «14»липня 2020 р. № 1031-с
- 2. Строк подання студентом роботи:**
- 3. Вихідні дані до роботи:**
- 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що належить розробити):**
- 5. Перелік графічного матеріалу:**
- 6. Консультанти розділів роботи**

Розділ	Консультант	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ			
Розділ 1			
Розділ 2			
Висновки			
Додатки			

- 7. Дата видачі завдання:**

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка

Студент _____ Краус Є.О.

Керівник роботи _____ Соловйова Т.Г.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 101 с., 9 таблиць, 2 рисунки, 107 джерел, 4 додатки.

Об'єкт дослідження: процес соціально-психологічної реабілітації учасників АТО.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи особливості організації соціально-психологічної комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити особливості організації реабілітації та подальшого соціально-психологічного супроводу учасників бойових конфліктів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз джерел, синтез, класифікація, порівняння, узагальнення, спостереження, інтерв'ювання, опитування, вивчення особових справ, анкетування, накопичення інформації.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до розробки системи організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях та обґрунтуванню сутності загальнонаукових і спеціальних принципів та підходів, покладених в основу.

Практичне значення роботи полягає у розробці та апробації тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців, що були учасниками бойових дій та формулюванні методичних рекомендацій для фахівців соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

Галузь використання: реабілітаційні центри допомоги військовослужбовцям, що приймали безпосередню участь у бойових діях.

РЕАБІЛІТАЦІЯ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ- УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ, ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СИСТЕМА, УМОВИ, ПІДХОДИ, ПРИНЦИПИ, ТЕХНОЛОГІЇ, МЕТОДИ, ФОРМИ І ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

SUMMARY

Kraus E.O. Socio-psychological adaptation of military service men, participants of anti-terrorist operation

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (107 items), and 4 addenda on 8 pages. The qualification work volume is 100 pages, 92 of them – main text. There are 9 tables and 2 illustrations.

The qualification work gives a theoretical review and describes the experimental practical development and testing of a comprehensive diagnosis of the psycho-emotional state of servicemen. It determines the conditions and opportunities for influence aimed at optimizing rehabilitation activities with servicemen participating in hostilities.

The research object: the process of socio-psychological rehabilitation of anti-terrorist operation participants.

The research subject: the content, forms and methods of the organization of social and psychological complex rehabilitation of servicemen-participants of hostilities.

The purpose of the research: to provide theoretical grounds and give experimental verification of the features of the organization of rehabilitation and further social and psychological support of participants in combat conflicts.

The research tasks are:

1. To define the essence of the concept of “rehabilitation”, characterize its types and explore the approaches and principles of organization of rehabilitation activities.

2. To consider features of socio-psychological support of fighters, to substantiate system of the organization and realization of complex rehabilitation of military men-participants of military operations.

3. To develop a method of the research of social and psychological adaptation of servicemen, to test the efficiency of social and psychological support of

participants of military operations, and to develop methodical recommendations.

4. To verify experimentally the effectiveness of the proposed system of organization and implementation of the comprehensive rehabilitation of servicemen-participants of hostilities.

The part 1 “Theoretical foundations of rehabilitation activities in Ukraine and abroad” describes the essence of the concept of “rehabilitation”, its features as a social phenomenon, the factors that determine its origin; features of rehabilitation of servicemen are considered; foreign and domestic experience of rehabilitation activity is analyzed.

The part 2 “Practical aspects of the implementation of the system of organization and implementation of comprehensive rehabilitation of servicemen-articipants in hostilities” presents the results of indicative, formative and control stages of the experimental work on comprehensive rehabilitation of combatants.

The analysis of the results has proved the effectiveness of the developed and the implemented program.

Key words: rehabilitation, military servicemen, organization of complex rehabilitation, organizational and pedagogical conditions, servicemen-participants of hostilities, forms and ways of rehabilitation.

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні основи реабілітаційної діяльності в Україні та за кордоном.....	12
1.1. Загальна характеристика реабілітації, основні підходи, концепції та принципи реабілітаційної діяльності в Україні та за кордоном.....	12
1.2. Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання.....	29
1.3. Нормативне забезпечення реабілітаційної діяльності в Україні.....	37
Розділ 2. Практичні засади реалізації системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.....	49
2.1. Організація та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.....	49
2.2. Експериментальне дослідження перевірки дієвості системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, аналіз, інтерпретація результатів та методичні рекомендації щодо оптимізації реабілітаційної діяльності.....	56
Висновки.....	79
Список використаних джерел.....	82
Додатки.....	93

ВСТУП

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим чинником найвищої міри інтенсивності, впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Проблема соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій особливо актуальна сьогодні, коли триває антитерористична операція на сході України, в ході якої вже загинула, отримала поранення і стала інвалідами значна кількість військовослужбовців.

Сучасний стан українського суспільства пов'язаний з комплексом різноманітних факторів економічного, політичного, демографічного і духовного характеру, що негативно впливають на людей. Серед надзвичайних ситуацій особливе місце займають соціальні катастрофи, до яких належать військові конфлікти, які супроводжуються веденням активних бойових дій. Військові дії на сході України – яскравий приклад надзвичайної ситуації військового характеру, перебування в якій суттєво впливає на психіку людини і викликає зміни в життєдіяльності й поведінці особистості.

Специфіка служби військовослужбовців полягає в необхідності виконання професійних обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів, пов'язаних із бойовими діями, в зв'язку з чим вони можуть бути віднесені до групи ризику розвитку соціально-психологічної дезадаптації.

Виконання складних бойових завдань у військовослужбовців, як правило, супроводжується зниженням психологічних резервів організму, призводить до порушень життєдіяльності, несприятливих особистісних змін, які в подальшому негативно позначаються на загальному стані здоров'я, працездатності, стосунках з оточуючими тощо. Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців-учасників бойових дій. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов'язані з соціальною реабілітацією та адаптацією,

нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації військовослужбовців у суспільстві.

За прогнозами психіатрів, в кращому випадку, у 20 % з учасників бойових дій в Україні в наступні роки буде діагностовано хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), якому вже дали назву «синдром АТО» [19,103].

У воїнів, учасників АТО зустрічається порушення соціальної взаємодії, втрата інтересу до суспільного життя, зниження активності, прагнення до соціальної ізоляції. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових конфліктів є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення для України .

Сьогодні наша держава для забезпечення територіальної цілісності України вимушена проводити бойові дії у вигляді антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. В ряді економічних, політичних, соціальних наслідків , які будь-яка війна несе для суспільства, з'являються також і психологічні наслідки, особливо для тих, хто приймав безпосередню участь у бойових діях. Саме участь в АТО впливає не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їх психологічну рівноваженість, цим самим роблячи істотний вплив на подальший розвиток соціуму.

Як свідчать статистичні дані, за роки війни на Донбасі в Україні з'явилося більше, ніж 320 тисяч ветеранів, які потребують комплексної допомоги, щоб інтегруватися знову у суспільство. Процес їхньої інтеграції вимагає створення такої системи реабілітації, яка б передбачала поєднання медичної, соціальної, психологічної та інших її видів. Існуючий в українському суспільстві комплекс заходів, які надають соціальні служби щодо реабілітації військовослужбовців, ветеранів бойових дій, має частковий, безсистемний і фрагментарний характер[31, 120].

Такий стан речей є результатом недосконалості соціального захисту

військових (правового, економічного, соціального, психологічного, медичного). Незадоволеність військовослужбовців своїм становищем у суспільстві, посттравматичний стресовий розлад, високий відсоток суїцидів, психологічне неблагополуччя є наслідками, що не дають можливості військовослужбовцям-учасникам бойових дій максимально реалізувати себе у мирному житті. Важливу роль у цьому процесі покликані зіграти спеціалізовані соціальні служби та установи реабілітації, які мають забезпечити гідні умови для успішної комплексної реабілітації цієї категорії військових.

В Україні створені та діють відповідні державні органи (Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України до 10.09.2014, далі – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції; з 1.01.2019р. – Міністерство у справах ветеранів), громадські організації (наприклад, Всеукраїнська організація інвалідів війни, Збройних сил та учасників бойових дій; Громадська спілка «Вища координаційна рада у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»), об'єднання волонтерів (наприклад, Громадська спілка «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»). Однак, методичні засади роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій не розроблені й досі.

Попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.), «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991 р. (нова редакція 2017 р.); Накази Міністра оборони України «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» (2004 р.); «Про затвердження інструкції про порядок санаторно-курортного забезпечення у Збройних Силах України» (2011 р.); Розпорядження Кабінету Міністрів «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.)), жодних спеціальних норм щодо організації

реабілітаційної діяльності з цією категорією військовослужбовців чинним законодавством не передбачено [36; 37; 59; 60; 61; 62; 63].

Проблема соціальної реабілітації воїнів АТО ускладнюється неготовністю українського суспільства щодо надання консультацій повного спектру різних фахівців: соціальних працівників, психологів, юристів та інших. Крім цього, соціальної допомоги можуть потребувати родини учасників бойових дій, які також перебувають у стані постійної нервово-психологічної напруги.

Проблема збереження здоров'я і працездатності осіб, що беруть участь у військових конфліктах, що супроводжуються веденням активних бойових дій, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників. Проблеми соціальної адаптації учасників антитерористичної операції розглядаються в працях А. Горбань, І. Корольової, В. Корольчук, О. Наконечної, І. Пінчук, В. Пономаренко, В. Попова та В. Шевченко.

Загальні підходи до організації процесу реабілітації представлені у працях Л. Вакуленка, Т. Добровольської, І. Мисули, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та ін. Психологічні чинники впливу бойових дій на стан особового складу проаналізовані у дослідженнях українських науковців О. Блінова, О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, А. Романишина та ін. Правові аспекти у сфері реабілітації людей з інвалідністю були предметом дослідження В. Андрєєва, Я. Безуглої, Н. Болотіної, А. Єгорова, П. Пилипенка, Л. Шумної та ін. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями вивчають вітчизняні (В. Алещенко, О. Караман, В. Лесков, М. Маслово, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко, В. Турбан, О. Хміляр та ін.) і зарубіжні дослідники (L. Calhoun, Л. Калхун), D. Hall (В. Холл), D. Kishbaugh (Д. Кишбог), R. Laufer (Р. Лауфер), R. Skurfield (Р. Скурфілд), С. Williams (С. Вільямс), J. Wilson (Дж. Вілсон) та ін.) [11, 13].

Масштабність цього явища у межах українського суспільства вимагає активного вивчення психологічних проблем військових, створення по всій країні спеціальних центрів для надання соціальної, психологічної і медичної

допомоги учасникам бойових дій і особливо тим, хто отримав бойові поранення і каліцтва, набувши особливих потреб.

Серед наукових праць, які досліджують проблеми психічних станів військовослужбовців, варто виокремити В. Шевченко, який розглядає результати емпіричного дослідження впливу психологічної реабілітації на психічні стани військовослужбовців, що перебували у миротворчому контингенті. Розкриваються завдання, етапи та зміст психологічної реабілітації. Для подолання негативних психічних станів військовослужбовців, що перебували у миротворчому контингенті використано основні техніки гештальттерапії, зокрема: «Розширення свідомості»; «Інтеграція протилежностей»; «Посилення уваги до почуттів»; «Робота з фантазією»; «Прийняття відповідальності за самих себе»; «Подолання опору»; «Робота з подолання інтроекції»; «Психотерапевтична техніка роботи з проекцією». Після проведення серії вправ гештальттерапії виявлено тенденції до зниження рівня іпохондрії, депресії і психоастенії, значно поліпшився психологічний стан військовослужбовців, що перебували у зоні проведення бойових дій: агресія знизилась на 24 %; тривога – на 28 %; відчуження – на 33 %; орієнтація на майбутнє – збільшилася на 37 % [100, 241].

Сьогодні загальні принципи і методи такої індивідуалізованої підтримки, що отримала назву «супровід», досить повно розроблені на міжнародному рівні. У своїх загальних підходах вони мають єдиний характер. Це комплексний, міждисциплінарний підхід до вирішення будь-якої проблеми психологічних наслідків участі у бойових діях; рівнозначність програм допомоги в проблемній ситуації і програм попередження виникнення проблемних ситуацій; гарантія безперервного супроводу та подальшої соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. Фахівці системи супроводу у всіх проблемних ситуаціях знаходяться на стороні того, хто є уразливим, захищаючи його інтереси і права.

Аналіз наукових джерел дозволив прийти до висновку, що передовий досвід застосування Збройних Сил України не залишає осторонь багатьох

інших сфер життя суспільства, яке вже активно долучається до роботи з учасниками бойових дій. Військовослужбовці, що потребують соціально-психологічної реабілітації починають отримувати належну та кваліфіковану допомогу. Активна співпраця із світовим співтовариством сприяє поширенню унікального досвіду та покликана покращити заходи супроводу учасників бойових конфліктів.

Це питання потребує подальшої розробки й апробації психокорекційних програм з соціально-професійної психологічної реабілітації військовослужбовців, і подальшого створення цільових фондів із активним залученням наукового потенціалу України та провідних світових вчених.

Відповідно до цього була обрана тема магістерської роботи, а саме: «Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців-учасників антитерористичної операції».

Виходячи з вищесказаного, була визначена мета дослідження.

Мета магістерської роботи – дослідити особливості організації реабілітації та подальшого соціально - психологічного супроводу учасників бойових конфліктів.

Завдання дослідження:

1.Визначити сутність поняття «реабілітація», охарактеризувати її види та дослідити підходи і принципи організації реабілітаційної діяльності.

2.Розглянути особливості соціально-психологічної підтримки бійців,обґрунтувати систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

3.Розробити методику дослідження соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, перевірити ефективність соціально-психологічного супроводу учасників бойових дій, та розробити методичні рекомендації.

4. Експериментально перевірити дієвість запропонованої системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічної реабілітації

учасників АТО .

Предмет дослідження – зміст, форми та методи особливості організації соціально-психологічної комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Гіпотеза дослідження – полягає у припущенні, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців, що брали участь в локальних бойових конфліктах буде ефективна за умови:

1) залучення військовослужбовців до вирішення власних проблем, складання плану виходу із складної життєвої ситуації та допомога у його реалізації;

2) надання інформації з питань соціального захисту населення , та представництво інтересів, надання психологічної допомоги і корегування психологічного стану та поведінки у повсякденному житті;

3) навчання, формування та розвиток соціальних навичок, умінь, соціальної компетенції;

4) допомоги в зміцненні або відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків та сприяння в отриманні інших соціальних послуг і консультацій фахівців відповідно до виявлених потреб.

Методи:

– теоретичні: аналіз соціально-педагогічної, педагогічної, психологічної, методичної літератури, синтез, класифікація, порівняння та узагальнення з метою з'ясування змісту основних понять дослідження, обґрунтування сутності та особливостей організації соціально-психологічної адаптації, супроводу учасників бойових дій, розробки соціально-психологічних умов забезпечення ефективності даного процесу;

– емпіричні: накопичення первинної інформації про стан досліджуваного явища організації соціально-психологічного супроводу учасників бойових конфліктів під час особливого періоду.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що: схарактеризовано засади реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; сформульовано

теоретичні положення, які створюють передумови для розробки системи організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях та обґрунтовано сутність загальнонаукових і спеціальних принципів та підходів, покладених в основу; здійснено уточнення понять «реабілітація», «реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій».

Практичне значення дослідження полягає у реалізації системної комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; розробці та апробації тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців, що були учасниками бойових дій; підготовці діагностичного інструментарію для комплексної діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій; розробці методичних рекомендацій для фахівців соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

1.1. Загальна характеристика реабілітації, основні підходи та концепції та принципи реабілітаційної діяльності в Україні та за кордоном

Нині можна говорити про те, що в українському суспільстві з'явилася нова соціальна група – ветерани бойових дій локальних конфліктів. Соціальний статус цієї групи поки невизначений, у зв'язку з чим вони не мають можливостей для нормальної соціально-психологічної адаптації. Успішна соціальна адаптація у соціумі даної категорії військовослужбовців можлива лише через проведення комплексу реабілітаційних заходів.

Важливим методологічним моментом нашого дослідження є співвідношення поняття «реабілітація» з іншими спорідненими категоріями, і, перш за все, з такими як адаптація, реадaptaція, ресоціалізація тощо. Оскільки психологічна реабілітація є різновидом психологічної допомоги, розглянемо її. Військові психологи трактують психологічну допомогу як будь-яку цілеспрямовану активність людини, спрямовану на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні [2; 40; 46].

Встановлено, що допомога може надаватися до початку, під час, а також після виконання бойових дій [5, 23]. Окрім цього, психологічна допомога спрямована на відновлення втрачених або порушених психічних можливостей і здоров'я військових.

Реабілітація військовослужбовців, які певний час перебували в екстремальних умовах, безпосередньо пов'язана з адаптацією – «це не тільки процес, але і властивість будь-якої живої саморегулювальної системи. Дана властивість для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною,

обумовленою особливостями розвитку фізіологічного та психічного рівнів і отже розглядається як властивість особистості в цілому» [12, 30].

Стосовно соціально-психологічної адаптації, дослідники [11;27] переконані, що її результатом є адаптованість, що визначається як стан взаємовідносин особистості групи, коли особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціогенні потреби, в повній мірі йде назустріч тим рольовим очікуванням, які висуває до неї еталонна група, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей [3, 18].

Поняття «адаптованість» («стійка адаптація») є синонімом «норми», «здоров'я». З'ясовано, що «адаптоване регулювання зумовлюється тривалим пристосуванням до умов навколишнього середовища, тим, що в процесі життєвого досвіду вона виробила набір алгоритмів реагування на закономірно і вірогідно повторювані дії («на всі випадки життя»)» [7, 20]. Погоджуємося із науковцями у тому, що успішна адаптація залежить не тільки від зовнішнього середовища, соціального оточення і фізіологічних процесів, але і «від особистісних структур, властивостей, характеристик, однією з яких є емоційна стійкість, що забезпечує безпеку особистості, а отже, і психологічну адаптацію» [7, 21].

Уточнюючи зміст адаптації військовослужбовців, Н. Алаликіна наголошує, що в основі їх початкових дій у цивільному житті основними процесами є переадаптація і реадаптація [2, 44]. Під соціально-психологічною реадаптацією розуміємо процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «прилаштування» їх до системи соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Її необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій для профілактики розвитку у них ПТСР, дезадаптації, конфліктів з оточуючими.

Аналіз ПТСР дав змогу Г. Лазос висунути гіпотезу про тісний взаємозв'язок процесів адаптації та реадаптації з характером проявів ПТСР:

– неуспішність (незавершеність) адаптації до екстремальних впливів

призводить до виникнення гострих ПТСР відразу після закінчення дії екстремальності;

– процес реадаптації до звичайних умов стримує появу симптомів ПТСР (латентний період), а його неуспішність призводить до появи відстрочених ПТСР [48, 112].

Науковці [4; 18] переконані, що незалежно від конкретних форм незвичайних умов існування психічна переадаптація в екстремальних умовах, дезадаптація в них і реадаптація до звичайних умов життя відбуваються поетапно.

Якщо досліджувати співвідношення адаптації та дезадаптації, то науковці [32; 41; 45] вважають за доцільне розглядати стан дезадаптованості як порушення процесів адаптації. Дезадаптація завжди соціальна, це стан людини, яка не знаходить у навколишньому середовищі умов, відповідних її потребам, здібностям і бажанням.

Пояснюючи поняття соціальної дезадаптації, А. Караяни виділяє два підходи, по-перше, це непристосованість до середовища, коли дезадаптація стає хворобою і супроводжується такими психопатологічними проявами як агресивнаейфорія і напруженість, а також втрата своєї індивідуальності. У зв'язку з цим, А. Караяни пояснює, чому молоді необстріляні солдати, які потрапили в зону соціальних конфліктів, але при цьому мають невротичний характер, неврівноваженість, психічний інфантилізм, не відчували так гостро розлади із середовищем, в якому вони опинилися. Справа в тому, що самі вони перебували в стані функціональної аритмії. При цьому, здоровалюдина з багатим внутрішнім світом і різнобічним сприйняттям не змогла би протистояти дезадаптації [40, 76].

Тлумачення поняття «дезадаптація» А. Караяни, передбачає наявність декількох рівнів соціально-психологічної дезадаптованості особистості, а саме:

– перший рівень – ситуативна дезадаптованість, пов'язана з початковою формою дезадаптації. Усунути цей стан можна за допомогою засобів психологічного захисту;

– другий рівень – стійка ситуативна дезадаптивність, яка виникає у військовослужбовця конкретно за певних умов. І, оскільки цей стан особистість не в змозі подолати, то людина або змушена уникати складних ситуацій, або руйнувати обставини кардинальним чином, аж до протестного вбивства або самогубства;

– третій рівень – загальна соціально-психологічна дезадаптованість – це вже хвороба з патологічними комплексами-синдромами неврозів і психозів, переродженням особистості перманентною фрустрацією, відсутністю захисних механізмів [40, 86].

Дезадаптація пов'язана з ресоціалізацією – перетворенням цінностей, норм, відносин відповідно до нових соціальних приписів, тобто зворотної особистісної перебудови. З психологічної точки зору, особливий тип особистості, що сформувався в армійському середовищі при звільненні в запас в особливих випадках (йдеться про непередбачені випадки, наприклад, за скороченням штату, після поранення тощо), потребує, на думку Н. Алаликіної, ресоціалізації [2, 36].

Для розуміння змісту терміну «реабілітація військовослужбовців» розпочнемо з уточнення, що ще й нині неіснує єдиного загально визнаного визначення «реабілітації». Поняття «реабілітація» було введено в науковий обіг у кінці 19 століття і стосувалося тільки медичної галузі, а трактувалося як медико-соціальне відновлення на основі будь-якої діяльності. Зокрема деякі дослідники [4; 26; 91] переконані, що термін «реабілітація» отримав міжнародне визнання після першої світової війни, коли з'явилося багато інвалідів війни, для яких відкривались спеціальні госпіталі, де широко використовувалися різні методи відновлювального лікування.

Поступово, у міру поглиблення знань про людину, поняття «реабілітація» стали активно використовувати і в інших сферах, зокрема, в психології, педагогіці, соціології тощо. У нашому дослідженні ми притримуємося думки, що реабілітація є складним багатограним поняттям, яке буквально означає «відновлення» в різних аспектах, а саме:

- 1) психологічному, який має на меті відновлення втрачених здібностей особистості;
- 2) педагогічному, що сприяє відновленню духовно-морального розвитку, гармонійності цілісності особистості;
- 3) соціальному, що зосереджений на відновленні втрачених функцій і зв'язків із середовищем життєзабезпечення;
- 4) соціономічному, направленому на відновлення втрачених соціальних функцій і зв'язків клієнта із середовищем життєзабезпечення;
- 5) медичному, що дає змогу запобігти інвалідності за рахунок відновлення порушених функцій організму і працездатності;
- б) юридичному, що передбачає відновлення доброго імені та юридичних прав в силу скасування раніше визнаної провини.

Таким чином ,поняття «реабілітація» зазнала певних трансформацій, що було пов'язано з історичним контекстом. Зокрема, під час Першої світової війни почали активно розвиватися різні види реабілітації. Тисячі покалічених і травмованих воїнів отримували реконструктивну допомогу і відновлювальне лікування. Так, у 1903 році Франц Йозеф Раттер фон Бус у книзі «Система загального піклування над бідними» уперше ввів поняття «реабілітація», причому головна увага була зосереджена на благодійній діяльності. Дещо пізніше, а саме у 1922 році в США Міжнародне товариство по догляду за дітьми-каліками вперше у світі взяло на себе розробку найбільш важливих питань реабілітації [66, 64]. Медичний сенс у термін «реабілітація» було вкладено у Вашингтоні в 1946 році на нараді з питань реабілітації хворих на туберкульоз, на якій сутність реабілітації вбачали «у відновленні фізичних і духовних сил потерпілого, а також його професійних навичок» [40, 3].

При цьому характер травми або характер захворювання хворого, як правило, не мають значення. Особи з дефектами розвитку, травмами, тривалими захворюваннями неврологічного, терапевтичного, психічного або будь-якого іншого характеру, а також особи, які брали участь у бойових діях як всередині країни, так і за її межами потребують реабілітації.

Дослідники [35; 38] розглядають реабілітацію як сукупність різних впливів і заходів, спрямованих на максимально швидке і повноцінне відновлення відхилень, що виникли з різних причин, серед яких на одному з перших місць знаходиться фізична ущербність, і вони розглядають реабілітацію як систему державних соціально-економічних, професійних, медичних, психологічних, педагогічних та інших заходів, які спрямовані на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності й передбачають швидке повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці в суспільстві.

Найбільш цікавою, з огляду на предмет нашого дослідження, є позиція Л. Сохань, яка переконана, що сутність реабілітації співробітників правоохоронних органів – учасників бойових дій – засобами соціально-культурної діяльності, являє собою «комплексний цілеспрямований процес відновлення порушених чи втрачених унаслідок перебування в зоні бойових дій психологічних, соціально-комунікативних ресурсів організму за допомогою адекватних засобів і форм соціально-культурної діяльності, що мають пізнавальну, інформаційно-просвітницьку та культурно-рекреаційну спрямованість» [82, 20].

Зупинимося на аналізі сутності реабілітації військовослужбовців. Так, у розумінні І. Мисули, Л. Вакуленко [53, 82], – це «система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективне раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності».

Згідно аналізу досвіду та думок науковців, можемо представити власне бачення терміну «реабілітація військовослужбовців», що являє собою цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психоемоційного стану і працездатності військовослужбовців-учасників бойових дій. Ця мета досягається шляхом виявлення резервних прихованих можливостей організму і стимуляції фізичних, психологічних і професійних здібностей.

Відзначимо, що комплексний підхід реабілітації військовослужбовців

передбачає адаптацію заходів реабілітаційної політики до місцевих умов; участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики на державному рівні; вибір пріоритетних напрямів і механізмів реабілітаційної політики; розробку і реалізацію реабілітаційних програм; забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських умов реалізації реабілітаційної політики.

Враховуючи різноманітність підходів реабілітації, її умовно можна розподілити на так звані види – медичний, фізичний, психологічний, педагогічний, соціальний. Кожний з них має свої методологічні засади, до яких відносять принципи, етапи здійснення, умови реалізації, технологію проведення тощо.

Важливим видом реабілітації вважаємо соціально-психологічну, стратегія якої вимагає дотримання таких принципів:

- професійність – заходи повинні проводити лікарі та психологи, які мають спеціальну підготовку щодо оцінки функціонального стану людини і володіють методами соціально-психологічної корекції і психологічного обстеження;

- обґрунтованість – підбір надійних, доступних і оптимальних методів реабілітації, перевірених багаторічною практикою з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної та психічної сфер поранених і призначеної лікарем терапії;

- індивідуальний підхід – врахування рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості та переносимості різних медико-психологічних методів;

- безперервність і оптимальна тривалість – початок з моменту надходження до госпіталю та продовження до нормалізації функціонального стану й відновлення професійно важливих якостей [53, 80].

Зазначимо, що соціально-психологічна реабілітація пов'язана з соціально-педагогічною, специфіка якої повинна будуватися на низці

методологічних і організаційно-методичних принципів.

- гуманістичний зміст системи реабілітації;
- типології та врахування потреб, рівня домагань, колаінтересів інвалідів військової служби для розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації;
- дотримання державного характеру гарантованості розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації;
- врахування популяційно-центристського рівня вирішення проблеми соціально-педагогічної реабілітації інвалідів військової служби[53, 69].

Закордонний досвід, на нашу думку, можна представити у трьох контекстах – це стародавні країни (Китай, Греція, Індія), пострадянські країни (Білорусія, Росія) і країни Європи і США. При цьому науковці[25; 66] переконані, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним.

У практиці реабілітації активно застосовують масаж. Критично оцінюючи сучасний стан досягнень у галузі розвитку теорії і методики лікувального масажу, можемо констатувати, що сьогодні масаж науково обґрунтований, здійснюється відповідно до результатів огляду пацієнта, і має важливе значення для реабілітації. Масаж – це «сукупність прийомів, за допомогою яких чинять дозований механічний і рефлекторний вплив на тканини й органи людини» [66, 65]. Ефективність цього методу лікування перевірена тисячолітньою історією Китаю, Японії, Індії, Греції, Риму.

Слід констатувати, що активний розвиток як теорії, так і практики реабілітації стався після другої світової війни. Для лікування наслідків поранень, контузій, захворювань, отриманих на фронті, для хворих та інвалідів були створені різні Центри, реабілітаційні служби, державні інститути реабілітації.

У процесі проведення психодіагностики солдатів під час Другої світової війни Р. Грінкер (R. Grinker) і Д. Шпігель (I. Spiegel) [29] розробили систему комплексного психотерапевтичного впливу, головними складовими якої визнані: наркосинтетичний метод (використання снодійних з метою

полегшення процесу досягнення катарсису); психотерапія з обмеженим числом сесій (briefpsychotherapy); судомна шокова психотерапія; трудотерапія; терапія тривалим сном; групова психотерапія та налагодження атмосфери психологічного комфорту для пацієнтів [66, 64].

Завданнями бриф-психотерапії дослідники вважали зниження неусвідомлюваної напруги, зміцнення еґо і модифікацію супер-еґо у ветеранів. Вони керувалися головними принципами психотерапії: встановлення позитивного ставлення пацієнта до психотерапевта; попередження бажання пацієнта використовувати вторинну вигоду від свого розладу; десенситизацію до ситуацій, що викликали страх; подолання негативної реакції Супер-Еґо (негативної самооцінки); подолання тенденції до пасивної залежності від інших; звільнення від можливих істеричних симптомів, зменшення неусвідомлюваної ненависті до оточуючих.

Вагомий внесок у дослідження питань реабілітації військовослужбовців зробив А. Воробйов [25, 63]. Учений пов'язує початок здійснення спеціалізованої реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій період Другої світової війни в США з ім'ям Т. Салмона, суть концепції якого була заснована на трьох принципах: наближеності до місця ведення бойових дій; негайність її надання та підтримки надії (створення впевненості постраждалих у тому, що вони після лікування повернуться до строю).

Аналіз зарубіжного досвіду проведення реабілітаційних заходів дав змогу нам зробити висновок, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним. Створення соціально-реабілітаційних служб у зоні конфлікту дасть можливість суттєво зменшити чисельність ветеранів бойових дій, які страждають розладами психіки, що є одним із шляхів вирішення проблем соціальної реабілітації.

У американській армії під час другої світової війни госпіталі для видужуючих входили до складу лікувальних установ армії. Так, у відділеннях для одужуючих поранені та хворі проходили комплексну терапію у поєднанні з

фізичним тренуванням. Причому «усі поранені й хворі перебували на казарменому положенні» [25, 64].

У армії США визначено комплекс заходів щодо попередження бойових психічних травм і зниження їх наслідків у спеціальному польовому статуті

FM 26-2 «Заходи щодо попередження стресу в бойових діях військ», а саме:

- ефективне і стабільне керівництво військами;
- високий рівень бойової підготовки;
- фізичне загартування особового складу;
- хороший стан здоров'я;
- вміння солдатів і офіцерів розслабитися в складних умовах бою, проводити самонавіювання [25, 64].

На даний час в армії США активно діють 160 тисяч психологів та реабілітологів, розподілених по військовим підрозділам аж до самих передових позицій. Кожен з них має під своєю опікою від 12 до 16 осіб, причому не тільки солдат, а й обслуговуючий персонал. Психологи і реабілітологи орієнтовані, насамперед, на надання консультативної та первинної навчально-психологічної допомоги. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах. Виведені війська потребують соціальної та психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід організувати теплий прийом, суть якого базується на таких трьох складових, як ентузіазм, прощення, турбота [25, 65].

Попередня оцінка і самооцінка психологічного стану солдата, офіцера і первинна допомога (порадою, бесідою, консультацією психолога, капелана – військового священика, командира) повинна проводитися відразу після бою на «післябойових оглядах». В ідеалі такий огляд допомагає військовослужбовцю розібратися в своїх настроях та переживаннях, зібратися з думками, проаналізувати події, які відбулися у ході бою і після нього. Якщо цього не зробити, і не спостерігати за військовослужбовцями, то у них почнуться

психічні зрушення, зміниться особистість [25, 66]. У США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, знаходяться на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках .

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що активно займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де, в найбільшій мірі, досліджена проблема ПТСР, а також проводиться лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур . Фармакотерапію поєднували з рефреймінгом – символічною переробкою негативного досвіду, що підтримують катартичними методами, групою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, роз'ясненням соціально-психологічних наслідків ПТСР. У Центрі за 5 років після війни в Затоці, пройшли успішну реабілітацію 632 пацієнта.

Погоджуючись із дослідниками зарубіжного досвіду лікування та реабілітації військовослужбовців [25; 66], можемо констатувати, що окрім США доволі багатий досвід лікування бойових психічних травм має армія Ізраїлю, в якій ще в ході війни з Ліваном у 1982 році застосовували принципи надання допомоги постраждалим (VICEPS). Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (CombatFitnessRetrainingUnit), персонал яких складався з психіатрів, соціальних працівників, клінічних психологів, інструкторів зі спорту і бойової підготовки. Важливою умовою є те, що лікар або психолог, які надають допомогу, повинні обов'язково мати бойовий досвід, що дасть змогу встановити більш довірчі відносини в процесі проведення терапії [25, 65].

У країнах Заходу «реабілітація» передбачає комплекс заходів, пов'язаних з відновленням здоров'я хворої людини або «соціального здоров'я» індивіда, і поверненням його до громадської та професійної діяльності. При цьому дуже важливим є положення про безперервність реабілітації: медична повинна починатися в процесі лікування, професійна – відразу ж після закінчення медичної [11, 12].

Встановлено, що система реабілітації Латвії організована на базі Національного реабілітаційного центру «Вайварі», Спілки латвійських лікарів,

Медичної академії й Спілки латвійських реабілітологів. У 2000 році у Латвійській медичній академії був створений факультет реабілітації, що складався з таких структурних одиниць: кафедри реабілітації (навчання студентів медичного факультету основам реабілітології); академічної школи фізіотерапії (чотирьохрічне навчання студентів-фізіотерапевтів); академічної школи ерготерапії (чотирьохрічне навчання студентів-ерготерапевтів); резидентури з реабілітації (трьохрічне післядипломне навчання для лікарів) і курсів підвищення кваліфікації з різних спеціальностей реабілітації [11, 14].

Доволі цікавим є досвід Чехословаччини, де створено кілька Центрів реабілітації, введено поняття «станція відновлювального лікування» примедичному закладі, куди належать служби для проведення фізіотерапевтичних методів лікування, а також лікувальної фізкультури і трудової терапії. При цьому питання реабілітації перебувають у підпорядкуванні двох відомств: лікувальна реабілітація належить до компетенції Міністерства охорони здоров'я, а соціально-професійна – до компетенції Державного управління соціального забезпечення [11, 12].

У Великобританії, як доводить А. Воробйов [25, 64] існує положення про впровадження елементів реабілітації у діяльність усіх лікарень. Бажаним вважається створення відділень реабілітації при кожній лікарні, що містять гімнастичні зали, басейн для занять, фізіотерапевтичний кабінет і кабінет трудової терапії. Внаслідок цього число спеціальних центрів реабілітації обмежена, вони призначені тільки для інвалідів, які отримали дуже важкі травми, лікування яких вимагає тривалої реабілітації. Британські Центри реабілітації можна розділити на дві групи – це медичні установи, що займаються комплексною спеціалізованою реабілітацією при певних захворюваннях, і змішані центри післялікарняної реабілітації.

У Голландії та Бельгії відділення реабілітації не розглядається як звичайне відділення стаціонару. Його специфіка визначається завданням самої активної участі клієнта в процесі реабілітації. Однією з умов ефективної роботи центру реабілітації, на думку Т.Єжової [34, 104], є створення такої моральної

атмосфери, коли при повному дотриманні всіх медичних норм і правил, при інтенсивному лікуванні, обстановка в Центрі відрізняється від лікарняної.

З'ясовано, що в Ірландії в районах з великою щільністю населення створені денні амбулаторні центри реабілітації, вони є по суті денними лікарнями. Це вигідно з економічної точки зору, оскільки організаційно лікарні, будинки з догляду та інші установи реабілітації об'єднують у великі комплекси. Негативним моментом при такій організації реабілітації є складність забезпечення індивідуальних потреб хворого, що потребує відновлювального лікування [66, 67].

Німецькі реабілітаційні центри в залежності від пріоритету медичної або соціальної реабілітації, передбачають два рівня. Реабілітаційні Центри першого рівня є практично реабілітаційною клінікою, де переважає медична реабілітація. Однак у таких центрах є майстерні, зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де клієнти отримують елементи соціально-побутової та професійної реабілітації. Ці центри, в основному, є спеціалізованими за профілем патології: психологічні, неврологічні тощо. До структури подібного центру можуть входити підрозділи, які займаються питаннями соціальної реабілітації, наприклад, відділ професійної реабілітації, завданням якого є формування професійних умінь і навичок у реабілітантів за певними спеціальностями: програмування, електротехніка, креслення, торгові професії, домоведення і соціальна служба, працівники якої допомагають організувати дозвілля клієнтам Центру, відповідають за їх адаптацію в суспільстві після виписки, навчають робити покупки, вести домашнє господарство тощо .

Як свідчить практика, в інтересах налагодження позитивного клімату під час здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців активно використовували масово-відновлювальні методи лікування, такі як лікувальна фізкультура, працетерапія, бібліо-музикотерапія, стройові заняття. Поєднували режим з трудовими процесами й відпочинком, вагома роль відводилася значенню товариського прикладу, командири підрозділу видужуючих попереджали розвиток неврозів . Відповідно до цього реабілітація стала одним

із пріоритетних напрямів у системі здоров'язбереження. Для розвитку служби реабілітації в номенклатурі лікарських спеціальностей була введена нова спеціальність – «реабітолог» і розроблені кваліфіковані вимоги до лікарів цієї спеціальності [26, 42].

Окремо хотілося б розглянути проблему фізичних травм військовослужбовців, які вони отримали у ході участі у військових конфліктах. Отримання поранення в ході бойових дій є важким психотравмувальним фактором, який доволі специфічно впливає на людину, багато в чому визначаючи особливості соціально-психологічної адаптації після повернення до мирного життя [31, 404]. Особливої гостроти ця проблема набуває у зв'язку з появою великої кількості військовослужбовців з ампутаційними дефектами кінцівок, що залишаються після військових подій на сході України.

Сама по собі участь у бойових діях є фактором, що виходить за межі звичайного людського досвіду, що порушує соціальну адаптацію. Це змушує уряди розвинених країн звертати особливу увагу на реалізацію програм допомоги інвалідам воєн. Така програма успішно функціонує в Ізраїлі, що дало змогу повернути до колишньої роботи 28 % ампутантів. Серед ветеранів другої світової війни США 78 % повернулися до активної роботи або отримали вищу освіту [25, 65].

Сьогодні існує Міжнародне суспільство посттравматичного стресу. Психіатри, психофізіологи, психологи та інші фахівці багатьох країн світу намагаються зрозуміти сутність цього явища і створити ефективну систему реабілітаційних заходів. У США з цією метою створено 196 центрів психологічного лікування ПТСР. У таких центрах працюють не тільки фахівці, але і самі ветерани. До теперішнього часу через них пройшло близько 700 тисяч ветеранів та 200 тисяч членів їх сімей [25, 64].

Щодо України, прес-служба Міністерства оборони України повідомляє, що на лікуванні контролю в закладах охорони здоров'я Міноборони знаходяться 72 військовослужбовця Збройних Сил України та 2 військовослужбовця інших військових формувань. Усього з початку 2018 року реабілітаційне лікування

пройшло понад 117 військовослужбовців, які брали участь в АТО; 16 поранених українських військовослужбовців проходять лікування за кордоном, з них 10 – у Німеччині, 4 – у США, по одному – в Польщі Латвії [16, 179].

За даними Міністерства оборони України, близько 1,8 тис. бійців АТО проходять психологічну реабілітацію в профільних центрах на базі військових госпіталів для ветеранів Другої світової війни. Міністерство оборони веде переговори з логістичними структурами НАТО щодо надання допомоги з обладнанням нових відділень медичної реабілітації для бійців АТО.

За різними статистичними даними [31; 35] в результаті конфлікту на сході України загинули 6100 осіб і майже 15,5 тисяч отримали поранення, відповідно, вони потребують реабілітації.

Для медичної реабілітації створено два реабілітаційні відділення у Львівському та Ірпінському військово-медичних клінічних центрах. Бійцям надають допомогу у військових санаторіях «Трускавецький», «Пуща-Водиця», активно діє центр реабілітації на базі Центрального військово-клінічного санаторію «Хмільник» [40, 66].

Надаючи медико-психологічну допомогу військовослужбовцям та демобілізованим, які перебувають на реабілітації, психологи ставлять перед собою дві принципові задачі: зменшення проявів емоційної напруги, яка характерна для бійців на початку програми; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможливорює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення психоемоційного балансу; підготовка до психосоціальної адаптації.

У цілому програма медико-психологічної реабілітації була розрахована на три етапи: початковий, психологічний та заключний.

Початковий (2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту, метою якого було створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування. Військовослужбовців реєстрували і проводили первинний лікарський огляд. Лікарі проводили структуроване діагностичне інтерв'ю (збирали анамнез, звертаючи особливу увагу на

соматичні скарги). У стаціонарі за кожним пацієнтом закріплювався лікар, який визначав індивідуальну лікувально-реабілітаційну програму на основі мультидисциплінарного обговорення, відстежував динаміку стану пацієнта, вів історію хвороби.

Психологічний етап, основний (20–22 доби) – на цьому етапі цілеспрямовано використовували конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою, а саме проводили психоедукацію, мета якої декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Велике значення надавалося формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами.

Заключний етап (2–3 доби) – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводили завершальну індивідуальну сесію, а також завершення всіх інших лікувальних заходів[53, 166].

Тож, можемо зробити висновки, що розробка програм медико-психологічної реабілітації має перетворитися на першочергове завдання державної політики у галузі медицини і психології. Установи, що вже мають досвід такої роботи, повинні розвинутися надалі, беручи до уваги розробки закордонних вчених та науковців, та прикладати всі зусилля для вирішення даної проблеми.

1.2 Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання

Враховуючи багатоплановість завдань реабілітації, її розподіляють на так звані види, або складові. Відзначимо, той факт, що багато зарубіжних та вітчизняних фахівців виокремлюють психологічний і медичний види

реабілітації.

У процесі дослідження нами було встановлено, що реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій передбачає наявність чотирьох основних складових (видів) – психологічної, соціальної, педагогічної та медичної. Окрім цього, ці види можуть цілеспрямовано поєднуватися між собою, утворюючи нові дефініції в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, конкретної ситуації, в яку потрапив військовослужбовець, факторів та умов, що впливають на організацію проведення реабілітаційних заходів з цією категорією клієнтів .

Охарактеризуємо кожний вид. У Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у військових діях, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [59] психологічна реабілітація є системою заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи (військовослужбовця), створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості. У тому ж Положенні психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових підрозділів являє собою комплекс заходів психологічного характеру, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних та психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які були піддані впливу психотравмуючих чинників та постраждали внаслідок цього, також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службових обов'язків.

Актуальним є підхід А. Мельника [54, 180], який розглядає категорію психологічної реабілітації як систему медико-психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію усіх тих психічних функцій та станів, які зазнали порушення, а також відновлення особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму. Психологічна реабілітація виступає невід'ємною складовою загальної реабілітації. У той же час, автор переконаний, що психологічна

реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги особи. Її сутність виявляється через здійснення активних впливів на психіку військовослужбовця з урахуванням терапії, гігієни, профілактики та педагогіки. За допомогою психологічної реабілітації відбувається зниження рівня нервово-психічної напруженості, а також виникає можливість швидко «відновити витрачену енергію і, тим самим, суттєво вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму» [54, 181].

Заслуговує на особливу увагу трактування психологічної реабілітації Н. Алалікіної, яка дала найбільш коректне, на нашу думку, визначення. Так, у широкому сенсі, під психологічною реабілітацією після участі особи у екстремальних впливах дослідник розуміє відновлення здібностей дисгармонійно розвиненої особистості до діяльності в неекстремальних умовах. У вузькому – це психологічна реабілітація після екстремальних впливів – «це спільна діяльність психолога і дисгармонійної особистості, спрямована на гармонізацію розвитку особистості задоволення її потреб у самоствердженні» [2, 17]. Авторка запропонувала методіку психологічної реабілітації, який передбачає послідовні етапи, а саме:

1) вступний етап, на якому відбувається взаємна адаптація психолога і пацієнта, визначаються цілі та характер взаємодії щодо їх спільної діяльності;

2) підготовчий етап передбачає навчання пацієнта навичкам саморегуляції та роботи зі зміненими станами свідомості. У результаті досягається той психічний стан, який стане фоном для досягнення цілей наступного етапу;

3) катарсичний етап. Після завершення психологічної підготовки пацієнта у нього провокується катарсис. Емоційне відреагування стану вторинної дезадаптації призводить до того, що механізм психічної регресії отримує можливість своєї реалізації на всьому протязі життєвого шляху особистості. При цьому психічні процеси, викликані катарсисом, не зачіпають форми сформованих стереотипів поведінки, а змінюють їх емоційне наповнення;

4) етап усвідомлення неадекватності екстремальної поведінки. На цьому етапі пацієнт спільно з психологом обговорюють найбільш типові форми поведінки пацієнта на прикладі життєвих ситуацій, що сталися після катарсису. У результаті відсутності колишнього екстремально-емоційного наповнення всіх форм поведінки створюються передумови усвідомлення його неадекватності і формується мотивація на корекцію;

5) етап формування навичок поведінки здійснюється шляхом соціально-психологічного тренінгу в спеціально підібраних групах. Апробування нових навичок в умовах гри полегшує пацієнтові завдання формування орієнтовної основи нової поведінки;

6) етап визначення життєвих перспектив (інсайту). Після перших вдалих спроб застосування нової поведінки пацієнта в реальному житті психолог допомагає, створюючи умови для раптового пізнання своєї життєвої перспективи, формується новий особистісний сенс;

7) етап підтримувальних заходів передбачає періодичне психологічне консультування пацієнта [2, 46].

Процедура медико-психологічної реабілітації передбачає наявність декількох етапів: психологічну діагностику і прогнозування, комплексну психологічну корекцію, а також етап тривалого спостереження і контролю. Мета психологічного вивчення – оцінка розвитку психологічних особливостей особистості, які впливають на ефективність результату реабілітації та ймовірність розвитку ПТСР. Тобто, за допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити витрачену енергію і, тим самим, позитивно вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

Наступним видом реабілітації військовослужбовців ми визначили «соціальну реабілітацію», яка є важливою складовою «соціальної політики», одним із її напрямів, галуззю владних відносин, що реалізуються державою та різними політичними інститутами.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що однією зі

складових соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу. Зокрема, Н. Алалікіна визначає «соціальну реабілітацію на регіональному (місцевому) рівні як сукупність економічних, медичних, соціальних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення і розвиток усіх умов нормальної соціальної життєдіяльності учасників бойових дій» [2, 38]. Соціальна реабілітація орієнтована на навчання реабілітанта навичкам самообслуговування і забезпечення незалежності методом ерготерапії, педагогічними, психологічними, технічними засобами, включаючи матеріальну допомогу, створення безбар'єрного середовища, фінансування тощо.

Основними завданнями соціальної реабілітації можемо визначити такі:

- визначення ступеня та характеру розладів психіки, дослідження індивідуально-особистісних особливостей у поведінці військовослужбовців;
- оцінка перцептивних, емоційних, інтелектуальних, волевих можливостей військовослужбовців;
- визначення рівня їх працездатності;
- розробка та впровадження необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців;
- зниження психічної напруженості до рівня, який відповідає оптимальній працездатності; усунення негативних психічних проявів за допомогою комплексного використання медичних, фізіологічних, психологічних, психотерапевтичних методів;
- «проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації;
- діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців» [2, 117].

Слід також враховувати той факт, що успішна соціальна реабілітація залежить від чинників сімейного благополуччя, так як зміна відносин у сім'ї впливає на «ефективність психологічної допомоги, а бажання проявити себе у

творчості є однією з форм самореалізації особистості, що компенсує брак розуміння і співчуття у звичайному житті» [2, 115].

На цьому етапі соціальна реабілітація військовослужбовця визначається характером його взаємовідносин у військовому колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки, виразністю та чіткістю інтересів. Соціетальний вплив спрямовується на коригування світогляду і вироблення позитивного ставлення до життя, активізацію суспільних ідеалів. Такий вплив здійснюється за допомогою психосоціального механізму, найчастіше через проведення групової терапії, стимулювання соціальної активності, зайнятості суспільно значущою діяльністю та роботою, яка приносить задоволення. Відчутно позначається на соціетальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання від них особистих повідомлень та листів тощо. Тобто, як доводять науковці [38, 50, 69], організаційно-виховна діяльність командирів позитивно впливає на реабілітацію.

Поєднання соціального та педагогічного видів реабілітації утворюють соціально-педагогічну реабілітацію, яка, у свою чергу, передбачає роботу з попередження соціальних відхилень, що здійснюється в процесі тривалих, цілеспрямованих, систематичних педагогічних впливів. Це поняття поглиблюється залежно від ступеня вивченості різних соціальних, психологічних і соціально-педагогічних явищ. На думку А. Мельника, соціально-педагогічна реабілітація це процес взаємодії педагога-реабілітолога клієнта, що спрямована на створення умов, що сприяють вирішенню тих проблем останнього, які пов'язані з обмеженням можливостей його соціалізації. Автор доводить, що «кінцевою метою соціально-педагогічної реабілітації дослідник визначає соціальну адаптацію та інтеграцію людини в суспільство» [54, 180].

Мета соціально-педагогічної реабілітації колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, передбачає підвищення рівня соціальної захищеності, інтеграції їх у суспільство, шляхом створення умов щодо реалізації

особистісного потенціалу, на основі зміцнення або розвитку нових соціальних і професійних зв'язків. Процес соціально-педагогічної реабілітації інвалідів спрямований на виникнення нової, більш сприятливої соціальної ситуації розвитку. Соціально-педагогічна реабілітація спрямована на створення умов, які сприяють вирішенню соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання, травми, каліцтва, поранення.

Таким чином, її розглядають як процес подолання несприятливих впливів, що зустрічаються в скрутних життєвих ситуаціях. Слід враховувати те, що соціально-педагогічна реабілітація є частиною поняття «соціальна допомога». Інваліди особливо потребують такої допомоги, так як можливості їх соціалізації доволі обмежені.

Умовою ефективності соціально-педагогічної реабілітації є своєчасне створення системи методів і засобів виховання внутрішнього механізму саморегуляції, що забезпечує захищеність особистості, з урахуванням всієї складності виявлених відхилень і реалізованої спільними зусиллями педагогів, психологів, медичних працівників.

На думку фахівців, медичний аспект реабілітації є важливою складовою комплексної реабілітації і представляє собою «комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення і розвиток фізіологічних функцій хворого, на виявлення його компенсаторних можливостей для того, щоб створити у подальшому умови для повернення його до активного самостійного життя» [53, 80]. Цей аспект реабілітації пов'язаний з організацією та проведенням лікувальних заходів на протязі всього спостереження за хворим і передбачає ранню госпіталізацію.

Медична реабілітація по суті дуже близька до терапії. Однак на відміну від реабілітації завдання лікування передбачає медико-біологічне відновлення організму. Основною ж метою медичної реабілітації, дослідники [81, 130] визначили компенсацію втрачених і порушених функцій, проведення різних лікувальних і коригувальних заходів, що пристосовують людей до життя, військової служби та суспільно-корисної діяльності.

Зокрема, у випадках, коли військовослужбовці отримують доволі серйозні фізичні травми, до них застосовують заходи медичної реабілітації. Зокрема, надання першої медичної допомоги в бойовій обстановці це уже початок медичної реабілітації. Доведено, що навіть короткочасне незначне поліпшення фізичного стану військовослужбовців полегшує контакт, збільшує шанси на одужання та піднімає їхню віру в покращення стану здоров'я. Значущість медичних заходів у відновленні психічної рівноваги полягає не тільки в застосуванні психотропних засобів, що нормалізують емоційну сферу людини, створюючи умови для швидкого і конструктивного впливу на психологічні стани.

Суттєву роль у профілактиці психічних розладів у військовослужбовців відіграють такі елементи медичної реабілітації, як повноцінне раціональне харчування, турбота про стан здоров'я особового складу, дотримання елементарних гігієнічних норм тощо. При наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям з травмованою психікою в лікувальних установах застосовуються медикаментозна терапія, фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж тощо.

Медична реабілітація безпосередньо пов'язана з фізичною, яка спрямована на відновлення фізичної працездатності, що забезпечується своєчасною й адекватною активізацією хворих, раннім призначенням лікувальної гімнастики, лікувальної фізичної культури (ЛФК), дозованим ходінням, а у більш пізній період – фізичними тренуваннями (контрольованими і неконтрольованими). «Фізичний аспект реабілітації займає особливе місце у системі реабілітації, оскільки відновлення здібності хворих задовільно справлятися з фізичними навантаженнями, що зустрічаються у повсякденному житті на виробництві, складає основу всієї системи реабілітації» [53, 102].

Професійний аспект реабілітації передбачає розв'язання питань, пов'язаних з працевлаштуванням, професійним навчанням і перенавчанням, визначенням працездатності реабілітованих. Професійна реабілітація, може іноді починатися на завершальному етапі лікування, доповнюючи його. Вона

може здійснюватися і як самостійний етап, після закінчення лікування, з метою відновлення професійних можливостей хворого або його перекваліфікації.

Професійно-психологічна реабілітація, як доводять фахівці [20; 21], спрямована на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності. У свою чергу, соціально-психологічна реабілітація орієнтується на створення навколо ветеранів бойових дій реабілітуючого соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрної архітектури в містобудуванні та транспорті (бордюри, апарелі, ліфти тощо) обов'язкової реалізації потребує принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві.

1.3 Нормативне забезпечення реабілітаційної діяльності в Україні

Складна економічна та політична ситуація в Україні вкрай негативно впливає на суспільні відносини, законодавство, що регламентує соціальний захист населення і, зокрема військовослужбовців, учасників бойових дій. Дослідники [82; 91; 100] переконані, що проблеми соціально-правового регулювання і захисту залишається актуальною у всі часи.

Основними правовими актами, що регулюють права свободи людини і громадянина, зокрема учасників АТО, у правовій державі є закони. Саме вони, як вища форма прояву державної волі народу, є правовою основою для всіх інших правових актів. «Закон – це нормативно-правовий акт, ухвалений в особливому порядку вищим представницьким органом держави, який регулює найважливіші суспільні відносини, виражає волю (інтереси) більшості населення та володіє вищою юридичною силою» [100, 240]. Відомо, що виконання завдань у зоні бойових дій, які покладаються на військовослужбовців, пов'язане з ризиком для їх життя і здоров'я. Проте правовий статус таких осіб

та гарантії їх соціального захисту на законодавчому рівні визначено не достатньо, попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991 р.(нова редакція 2017 р.); Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»» (2016 р.); Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.); Постанова Кабміну № 416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (2014 р.); Накази Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015 р.); «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» (2016 р.); Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» (2012 р.).

Відзначимо, що в Україні робляться перші кроки щодо вдосконалення системи соціального захисту учасників АТО. Згідно даних, представлених на квітень 2017 р. Центральна військово-лікарська комісія вже видала понад 10 тисяч постанов, що пов'язують поранення, контузію, каліцтво чи захворювання з участю в АТО.

Юрист-аналітик В. Лавренюк наголошує, що за роки війни так і не було ухвалено конкретних змін на законодавчому рівні, які б унормували порядок надання військовослужбовцям реабілітаційних послуг. На основі аналізу норм чинного законодавства, зокрема Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10. 2005 р., можемо зробити висновок, що система

реабілітації спрямована лише на тих, хто вже отримав інвалідність. Хоча, варто наголосити на тому, що реабілітація потрібна, насамперед, для того, щоб уникнути інвалідизації й запобігти погіршенню стану здоров'я.

Встановлено, що чинним законодавством не передбачено жодних спеціальних норм щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Так, протоколи зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» № 121 від 23.02.16 р., є єдиним документом, який стосується реабілітації цієї категорії клієнтів. Однак, відзначимо, що протоколи регулюють лише питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях й розладах, які можуть спіткати військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, законодавством не встановлено [59].

Розглянемо конкретний спектр конкретного нормативного забезпечення реабілітаційної діяльності, яка декларується в українському законодавстві. Отже, Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [37] визначає правовий статус ветеранів війни, забезпечує створення належних умов для їх життєзабезпечення, сприяє

формуванню в суспільстві шанобливого ставлення до них. До основних завдань закону віднесено створення належних умов для підтримання здоров'я та активного довголіття; виконання цільових програм соціального і правового захисту ветеранів війни; організація соціальних та інших видів обслуговування, зміцнення матеріально-технічної бази створених для цієї мети закладів і служб та підготовки відповідних спеціалістів; надання пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі трудової діяльності відповідно до професійної підготовки і з урахуванням стану здоров'я.

Зокрема, у статті 6 [37] цього закону учасниками бойових дій визнаються військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних

Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового та 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, поліцейські, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники 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 та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення.

У статті 7 Закону серед осіб, які належать до інвалідів війни, названі військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового та 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, військовослужбовці, працівники 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 та територіальну цілісність України та стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до забезпечення проведення антитерористичної операції та стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час забезпечення проведення антитерористичної операції безпосередньо в районах та у період її проведення [37].

Чинність цього закону поширюється і на сім'ї осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ України, поліцейських, які загинули або померли внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних під час участі в антитерористичній операції, захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України [37].

У Законі України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [36] визначено основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців та членів їх сімей. Він встановлює єдину систему соціального та правового захисту цієї категорії населення, гарантує військовослужбовцям та членам їх родин сприятливі умови в економічній, соціальній, політичній сферах для максимальної реалізації їх конституційного обов'язку щодо захисту Вітчизни та регулює відносини у цій галузі.

У зв'язку з особливим характером військової служби, яка пов'язана із захистом Вітчизни, військовослужбовцям надаються визначені законом пільги, гарантії та компенсації. Так, у п. 5 ст. 8 зазначено, що Держава забезпечує соціальну та професійну адаптацію військовослужбовців, які звільняються у зв'язку із проведенням організаційних заходів, скороченням штатів, або за станом здоров'я, а також військовослужбовців строкової військової служби, які до призову на строкову військову службу не були працевлаштовані, в разі відповідного звернення зазначених осіб. Відзначимо, що у цьому законі

наголошено на тому, що соціальну та професійну адаптацію мають змогу, у разі необхідності, пройти й члени сімей військовослужбовців за їх зверненням.

Згідно зі статтею 11 «Право військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу» у ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» зазначається, що охорона здоров'я військовослужбовців забезпечується створенням сприятливих санітарно-гігієнічних умов проходження військової служби, побуту та системою заходів з обмеження дії небезпечних факторів військової служби, з урахуванням її специфіки та екологічної обстановки, які здійснюються командирами (начальниками) у взаємодії з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування [36]. У зазначеній статті наголошено на тому, що військовослужбовці-учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну медико-психологічну та психологічну реабілітацію у відповідних центрах. При цьому, варто відмітити брак бюджетного фінансування для обов'язкового проходження психологічної діагностики та реабілітації учасниками АТО.

У процесі вивчення означеного питання нами встановлено, що першим підзаконним актом, який покликаний розв'язати проблему реабілітації, є Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» [94]. У цьому документі визначено завдання Кабміну розглянути питання щодо збільшення штатної кількості психологів у закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників бойових дій, і, в разі потреби, забезпечити збільшення відповідного фінансування таких закладів. Окрім цього, було поставлено завдання забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу військовослужбовців в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація.

Згідно з цим указом Кабмін повинен був опрацювати питання щодо створення регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування, служб соціально-психологічного відновлення учасників бойових дій, а також спеціалізованої психіатричної, психологічної, психотерапевтичної допомоги, шляхом залучення до роботи у відповідних центрах кваліфікованих фахівців.

Аналізуючи цей указ, знаходимо, що президентом поставлено завдання розробити Державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО, яка передбачає співпрацю з міжнародними організаціями для реалізації нових проектів, спрямованих на соціальну адаптацію цієї категорії населення. Проте станом на 01.01.2017 р. концепції програми, яку розробили представники Мінсоцполітики, так і не було затверджено, отже, як зазначає В. Лавренюк [47], на сьогодні проект такої програми відсутній.

Позитивним у зазначеному Указі є п. 10, що безпосередньо пов'язаний із необхідністю вирішення питання стосовно покладення на регіональні місцеві центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді завдань щодо організації надання допомоги сім'ям учасників антитерористичної операції, зокрема проведення соціального інспектування таких сімей з метою вивчення їх потреб та визначення видів соціальної допомоги, яких вони потребують, здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей шкільного віку із сімей учасників антитерористичної операції [94].

Згідно з УП Кабінету Міністрів України, обласним, державним адміністраціям забезпечити надання учасникам антитерористичної операції першочергового санаторно-курортного лікування та першочергового забезпечення технічними засобами реабілітації [94]. Обласним, Київській міській державним адміністраціям невідкладно сприяти залученню волонтерів, волонтерських організацій до заходів щодо соціальної реабілітації і адаптації учасників антитерористичної операції; у п. 4 – вирішити за участю відповідних органів місцевого самоврядування питання стосовно прийняття регіональних програм щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної

реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників антитерористичної операції та передбачення у місцевих бюджетах видатків на їх виконання; у п. 5 – активізувати на відповідній території роботу щодо забезпечення надання учасникам антитерористичної операції допомоги з вирішення питань, які пов'язані з їхнім лікуванням, реабілітацією та соціальною адаптацією. Для цього необхідно створити центри допомоги учасникам антитерористичної операції у якості допоміжних органів та залучити до діяльності таких центрів представників громадськості.

Безпосередньо, у відповідь на завдання, поставлені президентом, Кабмін видав Розпорядження «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» [75], яким передбачено здійснення таких заходів:

- створення та розвиток транспортних служб із перевезення осіб з інвалідністю для транспортування учасників АТО, які мають поранення, до закладів охорони здоров'я;
- проведення обов'язкового медичного огляду військовослужбовців, звільнених у запас (демобілізованих);
- сприяння волонтерській діяльності щодо проведення заходів з реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців;
- надання психологічної реабілітації військовослужбовцю не пізніше ніж за тиждень до його звільнення з військової служби тощо [75].

Згідно Наказу Міністерства оборони України № 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» [59] це Положення визначає процедуру проведення психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції (далі – АТО), та порядок її виконання під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів).

У зазначеному Положенні наголошено на тому, що психологічна

реабілітація військовослужбовців розглядається обов'язковою складовою усіх заходів по відновленню бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів). У п. 4 зазначено, що у зв'язку з великою поширеністю стресових розладів, негативними психодинамічними та психосоціальними тенденціями серед військовослужбовців реабілітаційні заходи проводяться з усіма військовослужбовцями зі складу військових частин (підрозділів), що проходять відновлення боєздатності.

Відповідно до зазначеного Положення визначено мету, основні принципи та завдання, представлено організацію процесу психологічної реабілітації військовослужбовців учасників АТО з переліком психодіагностичних методик, рекомендованих для застосування. У зазначеному Положенні визначені завдання психологічної реабілітації військовослужбовців на різних етапах:

- етапі психофізіологічної діагностики (особовий склад проходить обов'язкове психодіагностичне обстеження, яке проводиться штатними посадовими особами та силами позаштатних (спеціалізованих) груп);

- відновлювальному етапі, на якому з метою відновлення військово-професійної працездатності особового складу та запобігання розвитку психічних розладів військовослужбовцям, у яких за результатами діагностики встановлено наявність фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації, відповідно до чинного законодавства, надаються щорічні основні відпустки, а також відпустки за сімейними обставинами та з інших поважних причин тривалістю не більш як 10 календарних днів.

У п. 16. Представлено перелік та охарактеризовано зміст основних заходів психологічної корекції, що визначаються з урахуванням віку, психологічних особливостей особистості військовослужбовців (індивідуальних ресурсних можливостей), особистих психологічних труднощів, соціального оточення, мотивації та активності військовослужбовців. Так, під час організації й проведення психокорекційних заходів передбачається як індивідуальна, так і групова робота фахівців.

Нами було з'ясовано, що згідно з п. 17, основним рекомендованим

методом для здійснення психологічної корекції є психологічний дебрифінг (організоване обговорення екстремальної ситуації, спільно пережитої військовослужбовцями-учасниками бойових дій) у складі підрозділу (відділення).

Отже, проведений комплексний аналіз законодавчої бази України свідчить про те, що загалом законодавство України відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя. Чинна нормативна база спрямована на збереження здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій, але, незважаючи на наявність позитивних законодавчих напрацювань, спостерігаємо формальне малоефективне його правозастосування.

Наголосимо й на тому, що в Україні створені та діють відповідні державні органи (Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України до 10.09.2014, далі – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції; з 1.01.2019р. – Міністерство у справах ветеранів), громадські організації (наприклад, Всеукраїнська організація інвалідів війни, Збройних сил та учасників бойових дій; Громадська спілка «Вища координаційна рада у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»), об'єднання волонтерів (наприклад, Громадська спілка «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»). Однак методичні засади роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій не розроблені й досі. Для розуміння сутності реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, потрібен саме комплексний підхід, що розглядає зміст, структуру й особливості поняття «реабілітація». Кожний з підходів має свою предметну сферу аналізу і наголошує на окремих структурних компонентах досліджуваного явища.

Комплексний підхід, на думку Н. Алаликіної, представляє «напрямок соціальної політики, пов'язаний з відновленням духовного, економічного, культурного, психологічного, професійного потенціалу, фізичного здоров'я, реінтеграцію у військовослужбовців в соціальну життєдіяльність, загублені

внаслідок перебування їх у посттравматичному стресовому стані» [2, 74]. Перевагу комплексного підходу ми вбачаємо в тому, що він дає змогу використовувати всі можливості механізми для оптимізації реабілітаційного процесу на державному і місцевому рівні.

Відзначимо, що комплексний підхід реабілітації військовослужбовців передбачає адаптацію заходів реабілітаційної політики до місцевих умов; участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики на державному рівні; вибір пріоритетних напрямів і механізмів реабілітаційної політики; розробку і реалізацію реабілітаційних програм; забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських умов реалізації реабілітаційної політики.

Інвестування заходів, що забезпечують і стимулюють соціальну активність військовослужбовців, надання пільг повинно бути спрямоване не тільки для особистого споживання, а й заради відродження їх соціального, соціально-економічного, психологічного та духовного статусу і потенціалу, в тому числі їх навчання і підтримки підприємництва, що є найбільш конструктивними умовами ефективної довгострокової комплексної реабілітації військовослужбовців. Перспективність такого напрямку інвестування очевидна, оскільки, по-перше, зі стратегічних міркувань воно дає поштовх і забезпечує розвиток реабілітаційної політики на місцях, при цьому органи соціальної реабілітації не будуть так залежати від зовнішніх інвесторів (спонсорів). По-друге, «інвестування активності людського фактора виправдано і з тактичних міркувань, оскільки в умовах дефіциту бюджету більш ефективним представляється вкладення ресурсів у людинудля поліпшення здоров'я, забезпечення повноцінної релаксації, підвищення професіоналізму і підтримки творчих ініціатив, відродження господарської діяльності тощо» [2, 74].

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ- УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях

Військові події на Сході України викликали потребу у необхідності створити систему соціальної реабілітації військовослужбовців, яка б динамічно розвивалась, вмiла оперативнo й гнучкo реагувати на законодавчо-правові акти, перебудовуючи реабілітаційні установи для втілення в життя реабілітаційних заходів на державному та регіональному рівнях через розгалужену мережу органів державної влади, місцевого самоврядування, громадських організацій.

Підтримуючи вчених [13; 38; 52], вважаємо, що комплексна система реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій повинна бути спрямована як на реабілітацію інвалідів, так і осіб, які не мають інвалідності, але об'єктивно її потребують.

З метою дослідження технології організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, спробуємо виокремити її складові. Так, у науково-довідковій літературі термін «технологія» (у пер. з грец. *techne* – мистецтво, майстерність, уміння *logia* – поняття, вчення) є сукупністю методів обробки, виготовлення, зміни стану, властивостей, форми об'єкту. Технологію розуміють як «сукупність методів, засобів і реалізації людьми конкретного складного процесу шляхом поділу його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які виконуються більш або менш однозначно і мають на меті досягнення високої

ефективності певного виду діяльності» [32, 10]. Наголосимо на тому, що технологія завжди передбачає певну логіку, послідовність реабілітаційних форм, методів і прийомів, виконання яких гарантує отримання запланованих результатів.

Ми підтримуємо думку О. Дідик [29] у тому, що реабілітаційний процес військовослужбовців-учасників бойових дій є системою наукової і практичної діяльності, спрямованою на відновлення особистісного і соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Кінцевим результатом комплексу реабілітаційних заходів О. Серповська визначила «досягнення оптимального рівня соціально-психічної адаптованості військовослужбовців-учасників бойових дій, а психотехнології, методи і прийоми повинні бути спрямовані на відновлення адаптивних функцій особистості» [29,43].

Для забезпечення результативності процесу комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно розробити й адаптувати реабілітаційні технології, які допоможуть здійснити широкий спектр соціально-економічних та медико-соціальних заходів для розв'язання проблем цієї категорії населення. Серед різноманіття реабілітаційних технологій, які можна використовувати у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, дослідники [16,179] виділяють такі:

1. Соціальні технології, які безпосередньо спрямовані на вирішення загальнолюдських проблем, що пов'язані з оцінкою не тільки внутрішніх, але світових тенденцій розвитку, зв'язку суспільства з природою. Їх впровадження пов'язано з життям людей, їх життєдіяльністю та соціальною захищеністю;

2. Інноваційні соціальні технології, зосереджені на створенні матеріалізації нововведень у суспільстві, реалізації таких ініціатив, які викликають якісні зміни в різних сферах соціального життя, призводять до раціонального використання матеріальних та інших ресурсів у суспільстві;

3. Регіональні, які передбачають вивчення і реалізацію закономірностей

територіальної організації соціального життя і його планомірних змін;

4. Інформаційні – охоплюють засоби, прийоми, оптимізацію інформаційного процесу, його відтворення;

5. Інтелектуальні, спрямовані на стимулювання розумової діяльності людей, розвиток їхніх творчих здібностей [30, 122-123].

Розглядаючи технологію як процес, своєрідний алгоритм послідовних дій, представимо різні наукові підходи до розуміння технології реабілітації військовослужбовців. Так, Н. Алаликіна [2, 98] обґрунтовує алгоритм реабілітації військовослужбовців у вигляді трьох етапів.

Перший етап полягає у з'ясуванні наслідків психотравмувальних факторів, а саме:

- виявлення стрес-факторів, що викликають негативні психологічні наслідки;

- дослідження індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців як до призову в Збройні Сили, так і під час служби;

- вивчення впливу соціально-психологічних умов повоєнної адаптації;

- дослідження актуальних психічних реакцій, які в минулому мали психотравмувальний вплив.

Для вивчення психологічних наслідків участі в бойових діях першорядним є аналіз досвіду військовослужбовця, що спричинив виникнення психічної травми. При з'ясуванні наслідків психотравмувальних чинників обов'язково необхідно враховувати, по-перше, те, що чим більше військовослужбовець був залучений до бойових дій, тим більше він схильний до насильницьких дій, зловживання алкоголю і наркотиків.

По-друге, необхідно аналізувати індивідуально-психологічні особливості життєві обставини до призову в армію; взаємодію особливостей передвоєнного життя військовослужбовця і його бойового досвіду; вплив соціально-психологічних умов повоєнної адаптації.

Другий етап спрямований на визначення комплексу психотерапевтичних впливів на військовослужбовців-учасників бойових дій з метою корекції

психотравмувальних реакцій, мінімізацію відстрочених посттравматичних реакцій (психологічна реабілітація). На цьому етапі необхідно детально дослідити психічні реакції, які в минулому мали психотравмувальний характер.

Третій етап зосереджений на організації соціально-психологічної адаптації до нового середовища. При цьому слід враховувати той факт, що доволі часто та частина військовослужбовців, яка в більшій мірі потребує соціальної та психологічної підтримки, ізолюються від сім'ї і друзів.

Оскільки у складі комплексної реабілітації доволі часто виокремлюють соціально-психологічний вид, то ми розглянемо етапи її практичного здійснення:

- встановлення характеру і ступеня вираженості нервово-психічного розладу і особливостей реагування на психічну травму;
- виявлення психічних особливостей особистості і вироблення індивідуальних заходів реабілітаційного впливу;
- оперативне зняття психоемоційної напруги, дратівливості, страху;
- регуляція порушених функцій організму;
- мобілізація особистості для подолання виниклих станів;
- відновлення (корекція) соціального статусу військовослужбовця;
- стимулювання соціальної активності особистості;
- професійна реабілітація або переорієнтація;
- орієнтування на продовження активної діяльності;
- контроль психічних станів і корекція реабілітаційних заходів

Оскільки на успішне проходження реабілітації впливає і суспільство, реалізуючи цей процес, необхідно постійно підвищувати соціальний статус військовослужбовців-учасників бойових дій, створювати умови для їхнього навчання, перекваліфікації, працевлаштування, сприяти розвитку їх ініціативи і творчості через залучення до створення громадських організацій з подальшою участю в конкурсах щодо отримання грантів для пошуку інвестицій в реабілітаційні процеси. Це сприятиме самоствердженню колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій в

локальних конфліктах [2, 16].

Зокрема, підкреслимо важливість використання педагогічного досвіду осіб з обмеженими можливостями в процесі реабілітації. Звільнення військовослужбовця з армії у зв'язку з отриманням інвалідності різко перериває отриманий стереотип відносин, що в подальшому гальмує реабілітаційний процес. З'ясовано, що реабілітологи [45; 46] рекомендують залучати інвалідів військової служби і ветеранів бойових дій у всілякі контакти з молодшою за віком аудиторією,

Також, особи з обмеженими можливостями, набутими у зв'язку з пораненням або перенесеним стресом, можуть стати вихователями молодших, що допоможе сформувати відповідальність і виступить засобом реабілітації, оскільки більшість з них – це високоосвічені люди з доволі високим інтелектуальним розвитком. Ми переконані, що доцільно використовувати знання і уміння колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій у роботі різних контрольно-перевірочних комісій від громадських організацій або державних структур, що аналізують педагогічний процес, пов'язаний із проходженням військової служби [45, 106].

Окрім цього необхідно також враховувати особливості колективів, у яких була сформована особистість військовослужбовця, і, незалежно від його штатної посади та звання, створювати звичні умови для творчої діяльності в соціально-педагогічному реабілітаційному процесі з урахуванням таких аспектів.

По-перше, особи з обмеженими можливостями мають досвід взаємодії в підрозділах з людьми різних політичних поглядів і культурних орієнтацій, тому вони можуть бути представниками в різних організаціях, що мають ці особливості.

По-друге, всім категоріям військовослужбовців під час служби в армії доводилося приймати оперативні рішення щодо вирішення соціальних проблем як всередині військового підрозділу, так і по відношенню до місцевого населення в зоні бойових дій, тому їх можна залучати до «розв'язання

проблемних ситуацій інших людей, що також виступає як реабілітаційний процес» [46, 78].

Слід зазначити, що при організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій потрібно брати до уваги такі фактори:

- ступінь активності конкретного військовослужбовця та його підрозділу у бойових діях (чим активніше діяв військовослужбовець у зоні бойових дій, тим масштабніша й оперативніша має бути надана йому психологічна допомога. Зокрема, ступінь активності безпосередньо визначається кількістю та характером бойових дій, а також рівнем бойової напруги та значущості проведеної військової операції для вирішення більш масштабних бойових задач);

- кількість загальних бойових втрат у військовій частині, а також характер поранень, контузій, травм та їх вплив на самопочуття й здоров'я військовослужбовця;

- термін виходу військовослужбовця та його підрозділу із зони ведення бойових дій (чим раніше та оперативніше буде надана психологічна допомога військовослужбовцям-учасникам бойових дій, тим меншою буде ймовірність виникнення у них різноманітних психологічних проблем, які безпосередньо виникають на основі бойового стресу);

- особливості міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, а також соціально-психологічного клімату і характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими його товаришами по службі;

- особливості діяльності військовослужбовця, його підрозділу та усієї військової частини після виходу з бойової обстановки (добре продумана організація життєдіяльності військової частини буде позитивно сприяти налагодженню життєдіяльності військовослужбовців і суттєво зменшить необхідність надання психологічної допомоги та організації реабілітаційної діяльності);

- особистісні переживання конкретного військовослужбовця-учасника

бойових дій, що можуть бути пов'язані з фізичним знищенням живої сили противника, загибеллю близьких товаришів по службі, веденням бойових дій у оточенні, перебуванням у полоні, здійсненням протиправних учинків у зоні проведення бойової операції;

- урахування сімейних, етнічних, соціальних, релігійних та інших обставин, що мають значний вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця, що брав участь у бойових діях.

Під час надання психологічної допомоги кожному військовослужбовцю-учаснику бойових дій враховуються:

- а) ситуація, у якій було отримано пошкодження для здоров'я;
- б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів по службі (особливо близьких друзів);
- в) Характер ставлення військовослужбовця до явищ, які визначені у пунктах «а» і «б»;
- г) Нагороди та заохочення, що пов'язані тією чи іншою мірою з цим явищем;
- д) Характер відображення цих явищ у свідомості товаришів по службі тощо;

Таким чином, для організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях, соціальні фахівці повинні володіти практичними технологіями.

Технології реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями складаються з конкретних форм та засобів, ефективність яких при проведенні комплексної реабілітації залежить від багатьох чинників, а саме, соціально-психологічних характеристик військовослужбовців-учасників бойових дій; результатів первинного діагностувального обстеження; визначення механізмів поведінки в момент бойових дій; виявлення характерних особливостей протікання ПТСР [33, 55].

Аналіз наукових джерел [24; 25; 29; 33; 40; 45; 46] засвідчив, що найбільш ефективними методами у роботі з військовослужбовцями буде

психологічна допомога консультативного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії – групова (робота з кількома особами з однаковою симптоматикою), індивідуальна (сеанси з одним клієнтом); тренінгові заняття.

2.2. Експериментальне дослідження перевірки дієвості системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Для перевірки ефективності розробленої нами системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій нами було організовано експериментальне дослідження.

Дослідно-експериментальну роботу ми побудували затакими етапами:

На першому етапі (лютий – березень 2020 р.) проведено теоретичний аналіз проблеми організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців, проаналізовано теоретичні дані, з'ясовано суперечності та проблеми практичного характеру, які стосувалися питань організації та проведення реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, розроблено загальний план проведення дослідно-експериментальної роботи;

Вивчивши теоретичний аспект обраної теми, було перейдено до емпіричної частини дослідження.

Учасниками дослідження були військовослужбовці військової частини А 1302, що знаходяться у зоні АТО та безпосередньо приймають участь у бойових діях.

На другому етапі (квітень 2020 р .) організовано та проведено констатувальний етап експерименту, що передбачав моніторингове дослідження основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, розроблено систему організації та здійснення

комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, виокремлено організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій;

Упродовж третього етапу дослідження (травень) було проведено формувальний етап експериментального дослідження, здійснено аналіз та узагальнення отриманих результатів, розроблено методичні рекомендації фахівцям соціальних структур щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

Зупинимося на розкритті результатів третього етапу експерименту.

Під час експерименту ми, спираючись на наукові доробки науковців, провели тестування та анкетування, і, в подальшому ми визначили суттєве підвищення стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Водночас ми зробили основний акцент на таких завданнях, як:

- підібрати діагностичний інструментарій для того, щоб провести комплексну діагностику, яка дасть можливість чітко визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за усіма виокремленими компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим);

- визначити стан реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій у , розділивши їх по 2 групах – експериментальній і контрольній.

- впровадити у процес реабілітації військовослужбовців організаційно-педагогічні умови та здійснення комплексної реабілітації шляхом проведення додаткових занять;

- перевірити ефективність виявлених організаційно-педагогічних умов та системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій .

- за допомогою методів математичної статистики та діаграм дослідити динаміку реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, визначити їх об'єктивність, достовірність і значущість.

Отже, з метою діагностики стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій серед арсеналу діагностичних методик нами були

підібрані відомі психодіагностичні методики, а також використано методи внутрішньої діагностики (самооцінка). Використаний діагностичний інструментарій представлено у додатках.

Відзначимо, що усі вони дали змогу визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Діагностичний інструментарій для визначення стану реабілітованості
військовослужбовців-учасників бойових дій**

Компоненти	Показники	Методи діагностики
Мотиваційний	1. Позитивне ставлення до реабілітації 2. Наявність мотивації до проходження реабілітації	Методика «Незакінчені речення»
Стресостійкісний	1.Наявність стресу 2.Наявність наслідків стресу	Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко
Поведінковий	1.Поведінка в конфліктних ситуаціях 2.Прояв агресії у поведінці 3.Прояв тривожності у поведінці	Шкала тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

На підставі визначених компонентів ми окреслили рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Враховуючи той факт, що оцінка рівня реабілітованості військовослужбовців є досить складним завданням, для мінімізації помилок під час визначення цього рівня за тим чи іншим компонентом ми використали чотирирівневу систему оцінок, що дає змогу

досить точно з'ясувати рівень реабілітованості: високий, достатній, середній і низький. Характеристика виділених рівнів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за основними її компонентами відображена у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Якісна характеристика рівнів реабілітованості військовослужбовці-учасників бойових дій

Рівні реабілітації	Компоненти реабілітованості		
	Мотиваційний	Стресостійкісний	Поведінковий
Низький	Негативне ставлення до реабілітації, відсутність мотивації до проходження реабілітації.	Високий рівень стресу наслідками якого може бути тяжка депресія, імовірний ПТСР, низький рівень стресостійкості.	Дуже висока конфліктність, надмірна агресивність та високий рівень тривожності у поведінці
Середній	Пасивне ставлення до реабілітації, ситуативна мотивація; бажання лиш інколи брати участь у реабілітаційних заходах.	Помірний рівень стресу, наслідками якого може бути депресія середньої тяжкості, можливий ПТСР, середній рівень стресостійкості.	Доволі висока конфліктність, агресивність, вище середнього рівень тривожності у поведінці.
Достатній	Позитивне ставлення до реабілітації,	Середній рівень стресу, наслідками якого може бути депресія помірної	Виражена конфліктність, помірна

Продовження таблиці 2.2.

	достатньо розвинена мотивація для проходження реабілітації.	тяжкості, проявами ПТСР, помірний рівень стресостійкості.	агресивність та середній рівень тривожності у поведінці.
Достатній	Позитивне ставлення до реабілітації, достатньо розвинена мотивація для проходження реабілітації.	Середній рівень стресу, наслідками якого може бути депресія помірної тяжкості, проявами ПТСР, помірний рівень стресостійкості.	Виражена конфліктність, помірна агресивність та середній рівень тривожності у поведінці.
Високий	Позитивно-активне ставлення до реабілітації, що проявляється у бажанні отримати допомогу висококваліфікованих фахівців.	Низький рівень стресу, наслідками якого може бути легка депресія або зовсім відсутня, немає ПТСР, високий рівень стресостійкості.	Схильність до уникнення конфліктів, незначна агресивність та низький рівень тривожності у поведінці.

Визначені компоненти й конкретизовані показники реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій потребують адекватної системи комплексної діагностики, яка дозволить вірно визначити рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Розроблений нами діагностичний інструментарій був використаний як під час проведення I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту, так і під час II (підсумкового) зрізу. Ми виходили з тих міркувань, що саме за

допомогою чіткої процедури діагностики може відбуватися визначення кількісних та якісних характеристик рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Зупинимося на висвітленні завдання, яке передбачало визначення стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, тобто організації та проведенні (вступного) зрізу формувального етапу експерименту.

На початку експериментального дослідження було ухвалено рішення про доцільність виокремлення двох груп: контрольної (КГ) та експериментальної групи (ЕГ). Контингент військовослужбовців-учасників бойових дій в ЕГ склали 15 осіб, а контингент в КГ склали 10 осіб, які на даний час є військовослужбовцями частини А 1302 та перебувають у зоні бойових конфліктів.

Зупинимося більш докладніше на висвітленні результатів І (вступного) зрізу. Так, мотиваційний компонент реабілітованості був представлений двома показниками:

- 1) позитивне ставлення до реабілітації;
- 2) наявність мотивації до проходження реабілітації.

Зокрема, позитивне ставлення до реабілітації ми перевіряли за допомогою методики «Незакінчені речення» (додаток А). Подамо деякі результати.

Військовослужбовці-учасники бойових дій з низьким рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

Будь-якій людині подобається ... «гарно жити», «заробляти великі гроші», «мати будинок або квартиру, машину».

Думаю, що реабілітація ... – це «коли зовсім погано», «коли лікують», «мені не потрібна така допомога».

Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «нічого не станеться», «для мене нічого не зміниться».

Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної випивки», «гарної компанії», «подивитися фільм».

Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «гарно виспатися», «нормально поїсти».

Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «церкву», «кінотеатр», «своїх друзів».

Я хотів би, щоб мене... «цінували», «шанували».

Думаю, що спеціально підготовлені фахівці ... «нічого не зможуть», «мені не потрібна допомога, а тому не потрібні фахівці».

Військовослужбовці з середнім рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

Будь-якій людині подобається ... «щоб її любили», «щоб її чекали вдома».

Думаю, що реабілітація ... «потрібна для поранених», «для молодих військових».

Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «все само по собі пройде», «багато хлопців без цього живуть».

Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «компанії друзів», «отримати лист від рідних».

Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «правильного розпорядку дня», «гарного сну».

Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «театр», «поїхав би додому».

Я хотів би, щоб мене... «розуміли», «слухали мої рідні».

Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти пораненим побратимам», «допомогти мирним жителям із зони АТО».

У військовослужбовців з достатнім рівнем реабілітованості переважалитакі відповіді:

Будь-якій людині подобається ... «створити сім'ю, народити дітей», «мирно жити».

Думаю, що реабілітація ... – «це допомога тим, кому потрібно», «відновлення після поранення».

Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно, мені буде гірше», «хтось інший зможе її пройти, кому вона більш потрібна», «пізніше мені стане гірше».

Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної спокійної музики», «цікавого фільму», «приємного спілкування або бесіди з гарною людиною».

Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «занять спортом», «фізичних вправ», «бігати зранку або ввечері».

Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «спортзал», «хоча б на пару днів своїх рідних».

Я хотів би, щоб мене... «завжди чекали дома».

Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти так, щоб хлопці себе гарно почували», «допомогти, щоб можна було повернутися до мирного життя».

Військовослужбовці з високим рівнем реабілітованості продовжували речення таким чином:

Будь-якій людині подобається ... «коли вона та її рідні здорові та щасливі», «мирно жити».

Думаю, що реабілітація ... – «це коли відновлюють після поранень».

Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно це погано позначиться у майбутньому», «мені не перестануть снитися жахіття», «я буду продовжувати нервуватися».

Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «читання гарних книжок», «прослуховування класичної музики», «коли ти робиш щонебудь своїми руками або малюєш».

Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «спеціальної розслаблюючої гімнастики», «гарного масажу», «спеціальних вправ».

Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «психолога», «лікаря».

Я хотів би, щоб мене... «любили».

Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «мене розрадити, коли мені зовсім погано», «допомогти мені, якщо я буду погано себе почувати».

Проаналізувавши отримані відповіді, ми дійшли висновку, що військовослужбовці-учасники бойових дій як у КГ, так і у ЕГ необізнані щодо питань реабілітації, більшість з них мають лише загальні уявлення просуті та можливості. У процесі бесід ми з'ясували, що на полігоні ніхто не займається проведенням реабілітації, причому це стосується як медичної/фізичної, так і психологічної, про зміст соціальної та педагогічної реабілітації військовослужбовці говорили дуже опосередковано.

Узагальнені результати показників мотиваційного компоненту реабілітованості комбатантів представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати показників мотиваційного компоненту реабілітованості

Групи	Рівні реабілітованості							
	Високий		Достатній		Середній		Низький	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	1	10	1	10	3	30	5	50
ЕГ	2	13,3	2	13,3	5	33,4	6	40

У ході діагностики мотиваційного компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що респонденти мають низький (ЕГ – 40 %, КГ – 50 %), середній (ЕГ – 33,4 %, КГ – 30 %), достатній (ЕГ – 13,3 %, КГ – 10 %) рівні реабілітованості. Лише у одного військовослужбовця з КГ і двох з ЕГ було встановлено високий рівень реабілітованості. Такі результати свідчать про переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій низької мотивації до проходження реабілітації, а тому потребують суттєвого вдосконалення.

Стресостійкісний компонент був представлений двома показниками:

- 1) наявність стресу;

2) наявність наслідків стресу (ПТСР, депресії).

Охарактеризуємо їх детальніше. Людина має чинити опір у різних стресових ситуаціях –діяти спокійно й виважено, адекватно реагуючи на події, що є показником стресостійкості. Особливо це стосується військовослужбовців, які постійно перебувають у стані стресу під час ведення бойових дій. Оскільки стресостійкість на пряму пов'язана зі стресом, ми запропонували військовослужбовцям тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко. Результати, адаптовані до нашого дослідження (див. додаток Б) представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Самооцінювання стресостійкості військовослужбовців-учасників бойових дій (за В. Семиченко)

Рівні стресостійкості	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий рівень стресостійкості	2	13,3	1	10
Помірний рівень стресостійкості	3	20	2	20
Середній рівень стресостійкості	4	26,7	3	30
Низький рівень стресостійкості	6	40	4	40
Загалом	15	100	10	100

Згідно результатів самооцінювання високий рівень стресостійкості був виявлений у 13,3 % військовослужбовців ЕГ і 10 % комбатантів КГ. Це свідчить про те, що вони можуть адекватно діяти в стресових ситуаціях, протистояти негативному впливу різноманітних стрес-факторів. Помірний рівень ми спостерігали практично у 2-3 респондентів як ЕГ, так і КГ (20 % і

20 %). Такі люди можуть впоратися в умовах стресової ситуації зі значними фізичними та психоемоційними навантаженнями. Середній рівень був відмічений у 26,7 % респондентів ЕГ і 30 % респондентів КГ. Зрезультатами самооцінювання було визначено, що 40 % військовослужбовців з ЕГ і 40 % з КГ мають низький рівень стресостійкості. Отримані результати говорять про те, що їм важко самотійно впоратися з труднощами, які спричиняють появу стресів, їхня поведінка відрізняється емоційною нестабільністю та конфліктністю, а це негативно впливає на поведінку інших військовослужбовців. Такі результати свідчать про переважання військовослужбовців високого рівня стресу, наявність депресії та середнього рівня стресостійкості.

Поведінковий компонент був представлений трьома показниками. Ми визначили всі показники за допомогою шкали тривожності Тейлора, адаптація М. Пейсахова, адаптованого до нашого дослідження (див. додаток В). Ми запропонували військовослужбовцям перелік ситуацій, які можуть спричинити появу тривожності. Результати тесту, представлені в таблиці 2.5, засвідчили переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій високого рівня тривожності (33,3 % в ЕГ і 30 % у КГ). Середній та вище середнього рівні були визначені у 33,3 %, 20,1 % респондентів ЕГ і 30 %, 30 % респондентів КГ. Лише у трьох респондентів був виявлений низький рівень тривожності. Ми пояснюємо це тим, що військовослужбовці, перебуваючи у зоні бойових дій, постійно піддаються стресам, які супроводжуються страхами, побоюваннями, жахами та тривожністю. Тривожність виконує захисну функцію організму та не дає змоги розвиватися іншим деструктивним психоемоційним станам.

Таблиця 2.5

**Оцінювання тривожності у відносинах військовослужбовців-
учасників бойових дій (за шкалою тривожності Тейлора, адаптація
М. Пейсахова)**

	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Рівні тривожності				

Продовження таблиці 2.5.

Високий	5	33,3	3	30
Вище середнього	3	20,1	3	30
Середній	5	33,3	3	30
Низький	2	13,3	1	10
Загальні результати	15	100	10	100

Такі результати свідчать про переважання високої конфліктності, яка на пряму пов'язана з надмірною агресивністю та високим рівнем тривожності. Варто зазначити, що кожен військовослужбовець, що брав участь у бойових діях може знаходитись на різних рівнях реабілітованості за різними компонентами. Наприклад, за мотиваційним компонентом військовослужбовець може виходити на високий рівень, а за стресостійкісним або поведінковим – на середній або достатній. Тому слід зробити припущення, що виділені нами компоненти рівнозначні під час оцінки рівнів реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій.

Ми узагальнили результати I вступного зрізу формувального етапу експерименту. Їх представлено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл військовослужбовців-учасників бойових дій КГ і ЕГ за рівнями реабілітованості (за результатами I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту)

	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Мотиваційний	1	10	1	10	3	30	5	50
	Стресостійкісний	1	10	2	20	3	30	4	40

Продовження таблиці 2.6.

(10)	Поведінковий	3	30	3	30	3	30	1	10
	Загальні результати	1,6	16,6	2	20	3	30	3,3	33,3
ЕГ	Мотиваційний	2	13,3	2	13,3	5	33,3	6	40
	Стресостійкісний	2	13,3	3	20,1	4	26,7	6	40
(15)	Поведінковий	5	33,3	3	20,1	5	33,3	2	13,3
	Загальні результати	3	19,9	2,6	17,8	4,6	31,1	4,6	31,1

У такому випадку узагальнений рівень реабілітованості військовослужбовців є середньостатистичною величиною від суми балів, якою було оцінено кожний компонент. Загалом за результатами I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту учасники експерименту розподілилися за рівнями таким чином (див. рисунок 2.1).

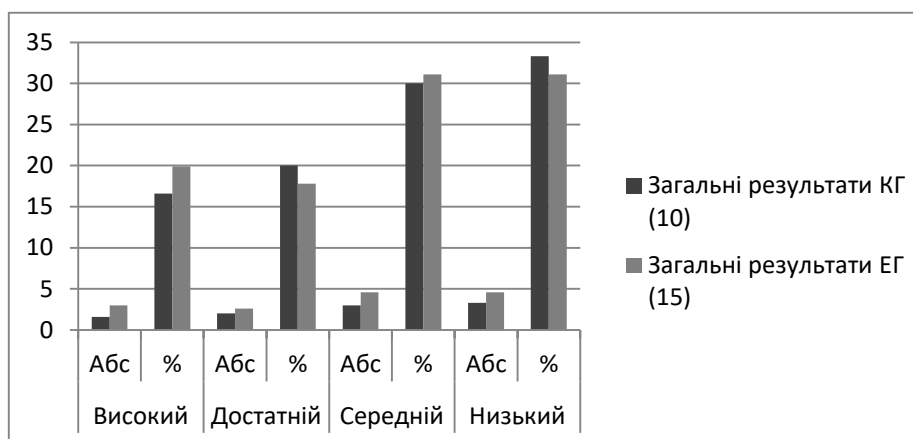


Рисунок 2.1. – Рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій ЕГ і КГ (за результатами I (вступного) зрізу).

Із діаграми на рисунку 2.1, видно, що суттєвої різниці щодо рівневої градації реабілітованості військовослужбовців, яких віднесено до ЕК і КГ, невиявлено. Представлені дослідно-експериментальні матеріали свідчать, що у респондентів обох груп переважає низький рівень реабілітованості (31,1 % в ЕГ, та 33,3 % у КГ). Середній рівень був визначений у 31,1 % військовослужбовців ЕГ і 30 % з КГ, достатній рівень відповідно – 17,8 % і

20 %. Високий рівень був виявлений у 19,9 % військовослужбовців ЕГ та 16,6 % військовослужбовців КГ. Отже, помітна перевага низького та середнього рівнів реабілітованості військовослужбовців. Таким чином, узагальнені результати I-го зрізу формувального етапу експериментального дослідження свідчать, що результати за всіма компонентами у КГ і ЕГ на початку експерименту фактично тотожні та потребують суттєвого вдосконалення.

Після того, як нами було отримано та оброблено результати тестування, ми проводили заняття, користуючись програмою тренінгу «Антистрес».

Ми розробили тренінгову програму «Антистрес» для військовослужбовців (див. таблицю 4.5), метою якої було формування у них практичних умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, ПТСР.

Мета передбачає розв'язання таких завдань програми як інформування про симптоми та фактори стресу, ПТСР; оволодіння прийомами зняття симптомів стресу, саморегуляції та саморефлексії; встановлення міцних, заснованих на взаємному інтересі та довірі стосунків у групі.

Кожне заняття мало таку структуру:

- 1) привітання;
- 2) розминка, налаштування на роботу (вправи на зняття напруги, скутості);
- 3) дихальні вправи;
- 4) релаксація, візуалізація;
- 5) мобілізаційні вправи;
- 6) обговорення, ритуал прощання.

Тривалість програми складала 16 годин (8 занять). Заняття проводилися 1 раз на тиждень, тривалістю 2 години протягом квітня-травня 2020 року. Програма проводилася з військовослужбовцями військової частини А 1302, що безпосередньо знаходиться у зоні проведення бойових дій з групами наповнюваністю по 10-15 чоловік. Результати діагностики, опитування респондентів, які брали участь у розробленій програмі, підтвердили її ефективність.

На початку роботи ми ознайомлювали військовослужбовців з принципами роботи, дотримання яких відповідало поставленим завданням. Поступово ці принципи перетворювались на норми, що допомагали захистити учасників від негативного групового досвіду, можливих травматичних переживань.

До основних принципів ми віднесли такі:

1) щирість і відвертість. У групі треба бути щирим і не приховувати своїх справжніх почуттів. Якщо учасник відчуває симпатію або, навпаки, не сприймає іншого учасника групи, треба говорити про це, або навпаки, можна відмовитись;

2) відмова від використання «ярликів». Учасники групи повинні прагнути до розуміння, а не до оцінювання інших;

3) контроль за власною поведінкою – цей принцип виражається формулою: «Про все можна говорити, але не все можна робити». У процесі проведення групових занять не можна безконтрольно проявляти свої негативні емоції – агресію, роздратування, злість;

4) принцип відповідальності – проявляється в тому, що кожен учасник групи бере на себе відповідальність за інших членів групи. Він бере на себе зобов'язання не пропускати заняття і не кидати групу;

5) правило «стоп». Кожен учасник має право зупинити будь-яку розмову без будь-яких пояснень, що стосується особисто його. Решта учасників групи зобов'язані коректно з повагою поставитися до його прохання. Це право дає учасникам впевненість і відчуття захищеності проти тиску групи;

6) конфіденційність – є обов'язковою вимогою невинесення за межі групи інформації інтимного характеру, тобто члени групи повинні мовчати про все, що відбувається в групі, і вони не повинні обговорювати за межами групи те, що відбувається всередині;

7) толерантність. Всі без винятку учасники групи повинні з терпимістю ставитися до всіх відвертих суджень інших учасників, навіть якщо вони не відповідають їхнім власним переконанням і моральним принципам.

При проведенні групової психотерапії з військовослужбовцями-учасниками бойових дій важливою була особлива атмосфера, що сприяла вільному вираженню різних емоцій; виникненню відчуття приналежності до групи; саморозкриттю у безпечній обстановці; апробуванню нових форм поведінки; вибудовуванню взаємовідносин з різними людьми, які виконували різноманітні ролі.

Робота з психологічними межами в арт-терапії будувалася на цілісному досвіді військовослужбовця, враховуючи його тілесні та емоційні зміни, когнітивний рівень, символічний, поведінковий, експресію, уяву.

Вагомим і ефективним методом при роботі з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, було визначено консультування. Сутність консультаційної роботи полягає в наданні, на основі спеціальних професійно-наукових знань, безпосередньої психологічної допомоги через створення умов, за яких клієнт відкриває або усвідомлює нові можливості у розв'язанні своїх психологічних проблем. У контексті здійснення психологічної й соціальної реабілітації, консультування носило короткочасний і епізодичний характер особистих контактів із військовослужбовцями.

При проведенні соціального та психологічного консультування ми надавали поради військовослужбовцям, однак, їхня практична реалізація залежала від них самих, оскільки вони мали самостійно прийняти рішення. Метою консультування ми визначили допомогу військовослужбовцям у дослідженні власної особистості, у розумінні своїх стосунків з оточуючим світом, оцінці, проблем та пошуку альтернативних варіантів їх розв'язання.

Таблиця 2.7

Програма тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців-учасників бойових дій

№	Тема	Мета заняття	Зміст	Обладнання
1	Самопізнання та самопрезентація	Презентувати себе, розкрити свої здібності, характеристики	Вправа «Знайомство»; вступне тестування учасників тренінгу за модифікованою методикою	Музика для релаксації; кольорові олівці,

Продовження таблиці 2.7.

		таланти, можливості	на визначення рівня стресу Л. Рідера (див. додаток Г); вправа «Без маски»; вправа «Улюблена тварина»; вправа незакінчене речення «Я люблю ...»; вправа «Суд над самим собою»; вправа «Досвід моїх помилок»; вільне малювання; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	акварельні фарби, папір
2	Стрес, ПТСР	Ознайомити з поняттям «стрес», ПТСР, їх видами, причинами, стадіями, способами корекції та профілактики	Ознайомлення з поняттями «стрес», «ПТСР». Тестування учасників за допомогою тесту на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко (додаток Б); гра «Ім'я – якість»; вправа «Половинка»; дихальні вправи; техніка розслаблення обличчя «Маска релаксації»; вправа «Хор зоопарку»; вправа «Дош»; гра на згуртування «Піраміда»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання.	Музика для релаксації; кольоровий папір, картон, клей, ножиці
3	Комунікативна компетентність	Познайомити з правилами ефективного спілкування	Ознайомлення зі структурою спілкування; комунікативними характеристиками людини. Вправа «Автомийка»; гра «Желе»; дихальні вправи; візуалізація «Маяк»; гра «Ніж і масло»; вправа «Хвиля»;	Музика для релаксації; м'яч масажний, малюнки маяка

Продовження таблиці 2.7

			самомасаж «Перекоти м'яч»; проєктивне малювання «Людина під дощем»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	
4	Конструктивна поведінка в конфліктах	Ознайомити з різними шляхами розв'язання конфліктів; моделями поведінки у конфліктних ситуаціях	Ознайомлення з поняттям «конфлікт», структурою, видами конфліктів; поведінкою в конфліктній ситуації. Гра «Казка про вправного військового»; візуалізація «Море»; вправи на релаксацію; вправа «Зміна місць»; вправа «Коло»; вправа «Асоціації»; рефлексія; обговорення ;прощання	Музика для релаксації; «Шум моря або океану»
5	Саморегуляція, саморефлексія	Створити умови для оволодіння способами психічної саморегуляції, саморефлексії для відновлення внутрішніх ресурсів організму	Ознайомлення з поняттями «саморегуляція», «саморефлексія»; методами і прийомами зняття стресу. Вправа «Кроки Чарлі Чапліна»; візуалізація «Притулок»; вправа «Голосова розрядка»; дихальні вправи; вправа «Лист товаришу»; аутогенне тренування; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; папір; ручки.
6	Комунікативна компетентність	Познайомити з правилами ефективного спілкування	Ознайомлення зі структурою спілкування; комунікативними характеристиками людини. Вправа «Автомійка»; гра «Желе»; дихальні вправи; візуалізація «Маяк»; гра «Ніж і масло»; вправа «Хвиля»; самомасаж «Перекоти м'яч»;	Музика для релаксації; м'яч масажний, малюнки маяка

Продовження таблиці 2.7

			проективне малювання «Людина під дощем»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	
7	Конструктивна поведінка в конфліктах	Ознайомити з різними шляхами розв'язання конфліктів; моделями поведінки у конфліктних ситуаціях	Ознайомлення з поняттям «конфлікт», структурою, видами конфліктів; поведінкою в конфліктній ситуації. Гра «Казка про вправного військового»; візуалізація «Море»; вправи на релаксацію; вправа «Зміна місць»; вправа «Коло»; вправа «Асоціації»; рефлексія; обговорення ;прощання	Музика для релаксації; «Шум моря або океану»
8	Саморегуляція, саморефлексія	Створити умови для оволодіння способами психічної саморегуляції, саморефлексії для відновлення внутрішніх ресурсів організму	Ознайомлення з поняттями «саморегуляція», «саморефлексія»; методами і прийомами зняття стресу. Вправа «Кроки Чарлі Чапліна»; візуалізація «Притулок»; вправа «Голосова розрядка»; дихальні вправи; вправа «Лист товаришу»; аутогенне тренування; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; папір; ручки.
9	Аутогенне тренування	Ознайомити з прийомами аутогенного тренування	Ознайомлення з поняттям «аутогенне тренування»; методами і прийомами аутогенного тренування. Вправа «Ім'я ієпітет»; гра «Карусель»; вправа «Проміжна рефлексія»; візуалізація «Корабель»; дихальні вправи; вправа «Мій настрій»;	Музика для релаксації; м'яч; фарби, папір

Продовження таблиці 2.7

			вправа «Порядковий рахунок»;малювання під різну музику;рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	
10	Цілепокладання і управління часом	Створити умови для усвідомлення своїх проблем і способів їх подолання; ознайомити з правилами розподілу часу	Ознайомлення з поняттями «цілепокладання»,«управління часом». Вправа «Чемодан»; гра «Час»; вправа «Почуття іемоції»; самомасаж;вправа «Довіра»; саморегуляція «Як я борюся зі стресом»; незакінчене речення «Я хочу...; я можу...; я буду...; я роблю...»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Картки із зображенням емоцій; музика для релаксації; кольоровий папір; ручки
11	Алгоритм впевненості, наші цілі	Ознайомити з алгоритмом впевненості, скоригувати з урахуванням власних бажань; формулювання особистих і професійних цілей	Ознайомлення з алгоритмом впевненості. Розробка власного алгоритму впевненості у собі. Вправа «Загальна увага»; вправа «Страхи і бажання»; казка про впевнену людину; вправа «Людина-стресор»; вправа «Досвід впевненості»; вправа «Невпевнені, впевнені таагресивні відповіді»; релаксація під музику; вправа «Мої цілі»; обговорення заняття; ритуал прощання; підведення підсумків тренінгу	Музика для релаксації; ручки; папір

Отже, процес комплексної реабілітації передбачав напрями з «соціально-психолого-педагогічним навантаженням». По-перше, завдяки проведенню тренінгів військовослужбовці-учасники бойових дій мали змогу активно включитися до комунікативної діяльності, тим самим розвивати свої комунікативні вміння і навички. Нами, у зазначеному контексті, були створені

належні умови для організації «позитивного» спілкування військовослужбовців. По-друге, позитивним при здійсненні реабілітації виступало включення в різні види творчої, художньої та виробничої діяльності (арт-терапія, музикотерапія, казкотерапія тощо).

Останнім завданням формувального етапу експерименту була організація II-го (підсумкового) зрізу. Головна мета цього зрізу – з’ясування кінцевого рівня сформованості мотиваційного, стресостійкісного та поведінкового компонентів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Наголосимо на тому, що методика проведення підсумкового зрізу була тотожною до організації та проведення вступного зрізу, яку ми описали у підрозділі 2.1. На основі такого підходу ми отримали змогу простежити динаміку змін у рівнях реабілітованості військовослужбовців ЕГ та КГ. Узагальнені результати підсумкового зрізу представлено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Розподіл комбатантів КГ та ЕГ за рівнями реабілітованості (II зріз)

Групи	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (10)	Мотиваційний	3	30	4	40	1	10	2	20
	Стресостійкісний	3	30	3	30	2	20	2	20
	Поведінковий	3	30	3	30	2	20	2	20
	Загальні результати	3	30	3,3	33,3	1,3	13,3	2	20
ЕГ (15)	Мотиваційний	3	20,1	4	26,7	4	26,7	4	26,7
	Стресостійкісний	2	13,3	4	26,7	6	40	3	13,3
	Поведінковий	2	13,3	3	20,1	7	46,7	3	13,3
	Загальні результати	2,3	15,5	3,6	24,5	5,6	37,8	3,3	17,7

Загалом за результатами II (підсумкового) зрізу формувального етапу експерименту учасники експерименту розподілилися за рівнями таким чином (див рис. 2.2).

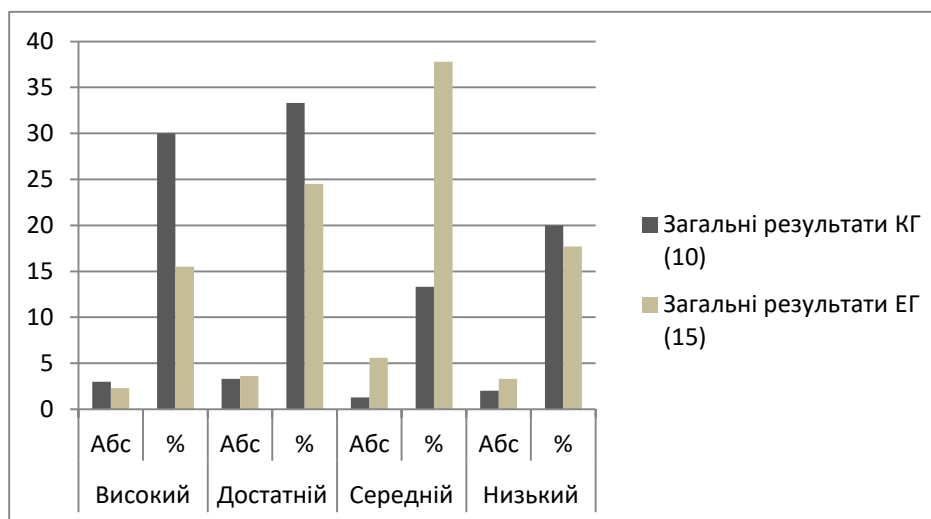


Рисунок 2.2. – Рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій ЕГ і КГ (за результатами II (підсумкового) зрізу).

Отже, другий зріз показав позитивні зміни щодо сформованості усіхкомпонентів (мотиваційного, стресостійкісного, поведінкового) реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, які були залучені до експериментального дослідження та знаходилися в ЕГ. Тоді як у КГ таких значних позитивних змін ми не спостерігали. Узагальнені результати (I та II зріз) ми представили у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Узагальнені результати реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на формувальному етапіекспериментального дослідження (n = 25 (КГ –10, ЕГ – 15))

Рівні	Початок експерименту I зріз				Кінець експерименту II зріз			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Високий	1,6	6,6	3	19,9	3	30	,3	15,5
Достатній	2	0	2,6	17,8	3,3	33,3	,6	24,5
Середній	3	0	4,6	31,1	1,3	13,3	,6	37,8
Низький	3,3	3,3	4,6	31,1	2	20	,3	17,7

Таким чином, як засвідчують результати таблиці 2.9, проведена практична діяльність щодо вдосконалення компонентів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, яка базувалася на впровадженні системи організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій у ЕГ дала позитивні результати.

За результатами, які ми отримали можна констатувати, що військовослужбовці КГ не змогли самостійно досягнути істотних позитивних результатів. Натомість, військовослужбовці, які перебували в ЕГ, мали суттєві позитивні зміни за всіма компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим).

Щодо якісних результатів експерименту, то наголосимо, що після проведення комплексу реабілітаційних заходів психоемоційний стан військовослужбовців значно покращився, зменшилися прояви тривожності та агресивної поведінки. Якщо перед проведенням реабілітаційних заходів деякі з них відмовлялися від спілкування та виконання завдань, то після проведення тренінгових занять, вони почали активно працювати, йти на контакт. Окрім цього, покращилися взаємовідносини між комбатантами, зменшилися конфлікти і сварки, що може свідчити про ефективність проведених реабілітаційних заходів.

Результати проведеного дослідження дали можливість розробити методичні рекомендації фахівцям соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях. Ефективність та якість реалізації відповідної системи організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій залежать від усвідомлення всіма учасниками мультидисциплінарної команди, в тому числі комбатантами, важливості та необхідності оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, від узгодженої діяльності фахівців соціальних служб щодо впровадження комплексу реабілітаційних технологій.

Результати проведеного дослідження переконливо доводять, що перспективність запропонованих рекомендацій полягає в тому, що вони передбачають оптимізацію реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях. Поради для військовослужбовців вміщено у додатку Г.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб, що виявляється в обґрунтуванні теоретичних і практичних засад, виокремленні організаційно-педагогічних умов, розробці моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації та її експериментальній перевірці, що дало змогу сформулювати такі висновки:

1. Узагальнення результатів теоретичного аналізу досліджень вітчизняних і зарубіжних учених дало можливість розкрити загальні підходи до трактування основних дефініцій дослідження. Встановлено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями, як адаптація, реадаптація, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога. Термін «реабілітація» активно використовують у різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології, соціальній педагогіці. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до складної ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У вузькому сенсі реабілітація означає відновлення здоров'я, а у широкому розумінні передбачає покращення фізичного та функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Реабілітація є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта через комплексний вплив на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Представлено реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих

навідновлення їх здоров'я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя. Встановлено, що реабілітація цієї категорії населення передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної / фізичної, соціальної та педагогічної, які можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові підвиди (соціально-психологічну, соціально-педагогічну, медико-психологічну, професійно-психологічну тощо) в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

2. Проведений аналіз нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації в Україні дав змогу встановити, що чинне законодавство не в змозі забезпечити проведення належного рівня комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях. Встановлено спектр та досліджено ефективність специфічних принципів організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, пов'язаних із певним видом реабілітації.

3. Обґрунтовано систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та розроблено графічну модель її реалізації. Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, було зrealізовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її дієвості. Розроблена система реалізувалася через взаємопов'язані блоки, які забезпечили основу для її організації та впровадження. Тож, можна прийти до висновку, що технологія реабілітації військовослужбовців має передбачати певні етапи – (діагностувальний, розробка індивідуальної програми реабілітації, робочий, після реабілітаційний супровід); комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій та інноваційні методи і прийоми реабілітації, що в майбутньому має призвести до позитивної динаміки реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Експериментальна перевірка системи організації та здійснення

комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій здійснювалась у три етапи. На першому етапі було проведено анкетування, другий етап передбачав організацію формувального етапу експерименту, вступні результати якого дали підстави для констатації, що існуюча система реабілітації недостатньо орієнтована на повне відновлення військовослужбовців, оскільки переважають низький та середній рівні реабілітованості. Третій етап спрямований на розробку методичних рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

Представлені в дослідженні результати і висновки не претендують на остаточне й вичерпне розв'язання проблеми організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Надалі питання потребує подальшого акцентування на ньому уваги, дослідження, розробки й апробації психокорекційних програм із соціально-професійної адаптації та психологічної реабілітації військовослужбовців, а крім того, подальшого створення цільових фондів із активним залученням наукового потенціалу України та провідних світових вчених.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агремь Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы. Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Ленинград : Медицина, 1970. 329 с.
2. Алалыкина Н. Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. Москва : РГБ, 2003. 200 с.
3. Александровский Ю. А., Румянцева Г. М. , Щукин Б. П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях. Невропатология и психиатрия, 1989. № 5. С. 11–117.
4. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2015. С. 46–53.
5. Алещенко В. І. Соціальна політика в Збройних Силах України: проблеми та шляхи їх розв'язання. *Наука і оборона*. 2005. С. 38–44.
6. Ананін В. А. Філософсько-соціологічні проблеми миру, війни та армії. Київ, 1996. 112 с.
7. Антипов В. В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям. Москва : ВЛАДОС-пресс, 2004. 173 с.
8. Артеменко С. В. Проблеми соціально-правового захисту військовослужбовців у контексті реформування Збройних Сил України. *Актуальні проблеми реформування Збройних Сил та інших військових формувань України*. 2006. С. 31–41.
9. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. № 2 (33). С. 7–10.
10. Баранівський В. Соціальна політика держави в Збройних Силах України, її основні напрямки і механізм реалізації. *Народна армія*. 2003. 9 вересня. №

111. С. 2.

11. Белов В. П., Галкин В. А. Реабилитация: система деятельности и наука. *Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями*. Ленинград, 1973. С. 12–14.
12. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград : Наука, 1988. 270 с.
13. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : дис... канд. псих. наук : 19.00.05. Москва : РГБ, 1997. 139 с.
14. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 248 с.
15. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. Київ : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.
16. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Випуск 2 (43). С. 176–181.
17. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика : навч. посіб. / за ред проф. С. О. Сисоєвої. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. 188 с.
18. Варій М. Й. Морально-психологічний стан військ : навч. посіб. Львів: ВІДУ «ЛП», 2000. 162 с.
19. Варій М. Й. Морально-психологічний стан військ: навч. посіб. Львів : ВІДУ «ЛП», 2000. 162 с.
20. Варій М. Й. Основи соціальної психології військового колективу : навч. посіб. Ленинград : Споллом, 2000. 249 с.
21. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. Москва : Изд-во МГУ, 1984. 200 с.
22. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Москва : Ось-89, 2005. 256 с.

23. Виховна робота в Збройних Силах України. Вип. 1. Виховна робота в бойових обставинах. Львів : ДУ «ЛП», 1996. 330 с.
24. Воробейчик Я. Н. Руководство по аутопсихотерапии (история, теория, практика. Одесса, 2004. 360 с.
25. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США. Военно-медицинский журнал. 1993. № 12. С. 62–67.
26. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації. Тернопіль : Лілея, 2000. 120 с.
27. Голяченко А. О. Соціально-медичні та економічні аспекти організації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. Тернопіль : Лілея, 2002. 218 с.
28. Гошовська В. А. Актуальні питання гуманітарної та соціальної політики в Збройних Силах України. *Наука і оборона*. 2004. № 2. С. 7–13.
29. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. *Охорона праці*. 2005. № 9. С. 41–44.
30. Динамічне психологічне вивчення особового складу : методичні рекомендації командирам та офіцерам-психологам підрозділів. Випуск перший. Київ : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.
31. Донбас і Крим: ціна повернення : монографія / під заг. ред. В. П. Горбуліна, О. С. Власюка, Е. М. Лібанової, О. М. Ляшенко. Київ : НІСД, 2015. 474 с.
32. Екстремальна психологія : підручник / за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Київ : Август Трейд, 2007. 502 с.
33. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 50–56.
34. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О.В. Безпалько. Київ : Академвидав, 2013. С. 101–110.
35. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні

- засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5–16.
36. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>
37. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». 1993. № 45, ст. 425. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>
38. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. *Вісник*. 2016. Випуск № 3 (31). С. 26–33. 2005.
39. Зельницька Н. Д. Статус військовослужбовця ЗС України: проблеми, шляхи вирішення. *Гуманітарний вісник Збройних Сил України*. № 1. С. 98–105.
40. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / под ред. А. Г. Караяни, М. С. Полянского. Москва, 2003. 80 с.
41. Качан І. І. До питання про соціальний захист військовослужбовців. *Право військової сфери*. 2005. № 6 С. 16–18.
42. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
43. Корольов С. С. До питання соціальних проблем військовослужбовців на сучасному етапі переходу Збройних Сил України на контрактну основу. *Труди академії*. 2005. № 63. С. 89–94.
44. Кравченко М. В. Основні проблеми соціального захисту учасників АТО. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 11–12. С. 36–43.
45. Кравченко О. В. Впровадження соціально-психологічного тренінгу в умовах адаптації військовослужбовця до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2014. Вип. 15. С. 104–113.
46. Крайнюк В. М. Теорія та практика психологічної допомоги. Київ : НАОУ, 2003. 158 с.

47. Лавренюк В. Психологічна медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві? *Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня»*. Випуск № 30–31 (19 серпня–1 вересня). URL : <https://dt.ua/gazeta/issue/1118>
48. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*. 1 (45). 2016. С. 120 – 128.
49. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.
50. Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Афанасенко В. С. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: навч. посіб. Харків : ХВУ, 1999. 148 с.
51. Макаревич О. П. Психологічна підготовка особистості до поведінки в складних ситуаціях : навч.-метод. посіб. Київ : ВГІ НАОУ, 2000. 188 с.
52. Мисюра В. Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих. Москва: Издательство академии, 1995. URL : <http://www.studfiles.ru/preview/4019954/page:5/>
53. Медична та соціальна реабілітація : навч. посіб. / за заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 402 с.
54. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Випуск 28. С. 176–185.
55. Морально-психологічне забезпечення підготовки та ведення бойових дій : навч.-метод. посіб., вид. II, доп., у двох частинах: частина I / Є.Ю. Литвиновський, О.І. Попович, В.І. Савінцев, В.В. Стасюк. Київ : ВГІ НАОУ, 2002. 207 с.
56. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Москва : Изд-во Озон, 2012. 409с.

57. Невмержицький В. М. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців миротворчих підрозділів. Київ : РОСА, 2006. 78 с.
58. Немов Р. С. Основы психологического консультирования. М. : Владос, 1999. 528 с.
59. Наказ Міністерства оборони України № 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)». URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>
60. Наказ Міністерства оборони України № 703 від 09.12.2015 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України» URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1681-15>
61. Наказ Міністерства соціальної політики України № 568 від 26.12.2011 р. «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12>
62. Наказ Міністерства юстиції України № 2035/22347 від 6 грудня 2012 р. «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2035-12>
63. Наказ Міністра оборони України № 291 від 22.07.2004 р. «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/vWWWGroupparam1/new_law?OpenDocument&Start=2879&Count=1000&ExpandView&Seq=149
64. Озерянський А. А., Швець А. В., Лук'ячук І. А. Дизадаптаційний синдром у військовослужбовців українського миротворчого контингенту. *Наукаі*

оборона. 2006. № 3 С.43–49.

65. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Коkun, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
66. Осьодло В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям : досвід армії Ізраїлю. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*: матеріали Всеукр. Наук.- практ. Конф. З між нар. Учасстю. Київ : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. С.63-65.
67. Пахальян В. Э. Групповой психологический тренинг: учебное пособие. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 224 с.
68. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах : навч.-метод. посіб. / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко. Львів : АСВ, 2014. 140 с.
69. Петко Л. Современные методы арт-терапии в организации работы психолога по сплочению воинских коллективов. URL : https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rummy_articleart-therap/
70. Повернення із зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО / за ред. Т. М. Майстренко, переклад з англ. О. Л. Масик. 35 с. URL : <https://informnapalm.org/wp-content/uploads/2014/12/Povernennya-iz-zony-bojovyyh-dij.pdf>
71. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посібник / О. М. Коkun, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
72. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. Київ : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. 132 с.
73. Пушкарєв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарєв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.
74. Пеша І. В. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями.

- Державний центр соціальних служб для молоді Державного комітету України у справах сім'ї та молоді Головне управління виховної роботи Міністерства оборони України. Київ, 2003. 335 с.
75. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 359-р від 31 березня 2015 р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>
76. Робак В. До питання про організацію та проведення експериментального педагогічного дослідження. *Гуманітарний вісник: зб. наук. праць*. Львів : Льв. держ. фін.-економ. інститут, 2003. С. 85–91.
77. Розвиток стресостійкості як профілактика «професійного згоряння» на державній службі : методичний посібник / укл. С. П. Мальована, І. Г. Родченко. Донецьк : Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій Донецької обласної державної адміністрації, 2004. 25 с.
78. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2011. 720 с.
79. Селье Г. Стресс без дистресса URL : <http://lib.ru/PSIHO/SELYE/distree.txt>
80. Семиченко В. А. Психические состояния. Киев : Магистр. S, 1998. 207 с.
81. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* : науковий журнал. Харків : ХОВНОКУ. ХДАДМ, 2010. № 4. С.128–132.
82. Сохань Л. В. Становлення Збройних Сил України: соціальні та соціально-психологічні проблеми. Київ : Інтерграфік, 1994. 79 с.
83. Соціально-психологічне вивчення, прогнозування і корекція поведінки військовослужбовця / Вітер В. І., Доленко Ю. М., Охрименко О. Р. Київ : Вид-во НДМЦ МО України, 1994. 80 с.

84. Сурмяк Ю., Кудрик Л. Соціально-психологічна допомога учасникам бойових дій у подоланні посттравматичного стресового розладу. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2015. № 3. С. 123–134.
85. Съедин С. И., Абдурахманов Р. А. Психологические последствия участия в боевых действиях. Москва, 1992. 167 с.
86. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.
87. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В. І. Пасічник, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, І. І. Приходько та ін. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2010. 354 с.
88. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции. Харків : ХВУ, 1995. 182 с.
89. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування. Харків : Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
90. Тихоненко А. А., Бергельсон Л. А. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 91–102.
91. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навч.-метод. посіб. Вінниця : ТОВ Віндрук. 2004. 102 с.
92. Требін М. П. Армія та суспільство : соціально-філософський аналіз взаємодії в умовах трансформації. Харків : Видавничий Дім «ІНЖЕК», 2004. 404 с.
93. Уроки зменшення шкоди : навч. посіб. URL : <http://www.aidslessons.org.ua/ua/uroki/ii-uroven/117-urok-7-etichni-normi-roboti-sotsialnogo-pratsivnika.html?start=7>
94. Указ Президента України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» № 359-р. від 31.03.2015. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>

95. Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» (Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента № 570/2015 від 05.10.2015) URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015>
96. Указ Президента України № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»» URL : <http://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>
97. Фисун А. Я., Щегольков А. М., Юдин В. Е. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития. *Воен. мед. журнал.* 2009. Т. 330. № 8. С. 11–15.
98. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Основы групповой психотерапии. 2004. 165 с.
99. Харченко С. Я., Кратінов М. С., Ваховський Л. Ц., Кратінова В. О., Песоцька О. П., Караман О. Л. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів : науково-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи. Луганськ : «Альма-матер», 2003. 198 с.
100. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету* : Серія соціально-педагогічна. 2006. Випуск VI. С. 337–342.
101. Шевченко В. В., Руденко А. А. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського.* Серія : Психологічні науки. 2014. Вип. 2.12. С. 239–243.
102. Шестопалова Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу. *Український вісник психоневрології.* 2007. Т. 15, вип. 1 (50), додаток. С. 249–254.
103. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навч. посіб. Полтава : АСМІ, 2006.

328 с.

104. Ягупов В. В. Військова дидактика : навч. посіб. Київ : ВПЦ Київський університет, 2000. 399 с.
105. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія. Київ : ВПЦ Київський університет, 2000. 522 с.
106. Ягупов В. В. Військове виховання: історія, теорія та методика. Київ, 2002. 560 с.
107. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. *Молодь і ринок*. 2017. № 5 (148). С. 50–54.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Незакінчені речення»

Інструкція: «На бланці тесту закінчіть речення одним або декількома словами»:

Будь-якій людині подобається ...

Думаю, що реабілітація ...

Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ...

Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ...

Покращити свій фізичний стан можна за допомогою...

Якби у мене була така можливість, я б відвідував ...

Я хотів би, щоб мене...

Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ...

Додаток Б

Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко

Інструкція: Дайте відповіді на подані нижче твердження, обведіть відповідну цифру. Чим більш щирими будуть Ваші відповіді, тим більш об'єктивним буде отриманий результат.

№	Твердження	Рідко-1	Іноді-2	Часто-3
1.	Я думаю, що мене недооцінюють у колективі			
2.	Я прагну працювати, навіть якщо буваю не зовсім здоровий			
3.	Я постійно переживаю за якість своєї роботи			
4.	Я буваю налаштований агресивно			
5.	Я не терплю критики на свою адресу			
6.	Я буваю дратівливий			
7.	Я прагну бути лідером там, де це можливо			
8.	Мене вважають людиною наполегливою і цілеспрямованою			
9.	Я погано сплю			
10.	Своїм недругам я можу дати відсіч			
11.	Я емоційно хворобливо переживаю невдачі			
12.	У мене не вистачає часу на відпочинок			
13.	У мене виникають конфліктні ситуації			
14.	Мені бракує влади, щоб реалізувати себе			

Продовження таблиці

15.	У мене не вистачає часу, щоб зайнятися улюбленою справою			
16.	Я усе роблю швидко			
17.	Я відчуваю страх, що не поступлю до інституту			
18.	Я дію зопалу, а потім переживаю за свої вчинки			

Обробка даних: Підрахуйте сумарну кількість балів і визначте рівень Вашої стресостійкості.

Рівень стресостійкості:

51–46 – низький рівень стресостійкості;

45–38 – середній рівень стресостійкості;

37–30 – помірний рівень стресостійкості;

29–22 – високий рівень стресостійкості.

Чим менша сумарна кількість балів, тим вища стресостійкість, і навпаки. Якщо у досліджуваного 1-й і навіть 2-й рівень стресостійкості, то йому необхідно кардинально змінювати свій спосіб життя.

ДОДАТОК В

Шкала тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

Інструкція: Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

№	Запитання	Відповідь
1	Часто я працюю з великим напруженням	
2	Вночі мені важко заснути	
3	Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах	
4	Мені часто сняться страшні сни	
5	Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі	
6	У мене дуже неспокійний і переривчастий сон	
7	Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші	
8	Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі	
9	Моє здоров'я дуже турбує мене	
10	Часто я відчуваю себе нікому не потрібним	
11	Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці»	
12	Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне	
13	Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене	
14	Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить	
15	Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити	

Продовження таблиці

16	Навіть у холодні дні я легко пітнію	
17	У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці	
18	Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю	
19	Я набагато чутливіший, ніж більшість людей	
20	Я легко бентежусь	
21	Моє місце серед інших дуже мене хвилює	
22	Мені дуже важко зосередитися на чомусь	
23	Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось	
24	Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути	
25	Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує	
26	Я схильний сприймати все дуже серйозно	
27	Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю	
28	Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі	
29	Мене дуже тривожать можливі невдачі	
30	Очікування завжди нервує мене	
31	Часом мені здається, що я ні на що не здатний	
32	Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути	
33	Іноді я засмучуюся через дрібниці	
34	Я легко збудлива людина	
35	Я часто боюся, що ось-ось почервонію	

Продовження таблиці

36	У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі	
37	Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум	
38	Найчастіше мої ноги і руки досить теплі	
39	У мене рівний і добрий настрій	
40	Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим	
41	Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним	
42	У мене рідко буває головний біль	
43	У мене не буває прискороеного серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке	
44	Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей	
45	Я впевнений у собі	
46	Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим	
47	Я сором'язливий не більше ніж інші	
48	Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко	
49	Я практично ніколи не червонію	
50	Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей	

Обробка результатів:

У твердженнях 1–37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38–50 – кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

до 20 балів – низький рівень тривожності;

21–23 бали – середній рівень тривожності;

24–27 балів – вище середнього;

28–50 балів – високий рівень тривожності.

ДОДАТОК Г

Поради для військовослужбовців-учасників бойових дій щодо виходу зі стресу:

1. Хвилинна релаксація. Розслабте куточки рота, зволожите губи розслабте плечі. Зосередьтеся на виразі свого обличчя і положенні тіла. Пам'ятайте, що вони відображають ваші емоції, думки, внутрішній стан. Цілком природно, що ви не хочете, щоб навколишні знали про ваш стресовий стан. У цьому випадку ви можете змінити вираз обличчя шляхом розслаблення м'язів.

2. Уважно огляньте приміщення, у якому ви знаходитесь. Повільно, не кваплячись, подумки знайдіть у ньому 7 червоних предметів, постарайтеся цілком зосередитися на цьому. Говоріть подумки самі собі: «Червона обкладинка зошита, червоні чашки, червона ваза для квітів» тощо. Або просто, переводячи погляд, подумки опишіть оточуючі вас предмети: «Коричневий стіл. Білий папір» тощо. Зосереджуючись на кожному окремому предметі, ви відволікаєтесь від внутрішнього стресового напруження, скеровуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього оточення. Використайте будь-яку можливість, щоб змочити чоло, скроні та артерії на руках холодною водою.

3. Зміна оточення. Якщо дозволяє ситуація, залишіть приміщення, в якому у вас виник гострий стрес. Перейдіть до іншого, де нікого немає, вийдіть на вулицю, де ви зможете залишитися наодинці зі своїми думками. Розгляньте подумки приміщення (якщо ви вийшли на вулицю – то будинки, природу тощо). Наберіть воду у чашку і повільно, зосереджено випийте її. Зосередьте увагу на відчуттях у той момент, коли ковтаєте воду. Уявіть себе в приємному середовищі – на пляжі, у ванні, в лісі, тощо.

4. Щоб швидше нормалізувати емоційний стан, необхідно дати собі посилене фізичне навантаження (20-30 присідань, біг на місці, підйом на 3-4 поверх). Існує багато механізмів фізіологічної розрядки, які позитивно впливають на людину. Зовні вони проявляються у вигляді сліз, сміху, бажанні

вдарити, виговоритися тощо. Не треба стримувати їх. Почуття роздратування, агресії можна зняти за допомогою фізичної розрядки: зробити декілька ударів ногою по уявному предмету, «побоксувати подушку», «випустити пару».

5. Якщо у вас на даний момент немає можливості з кимось поговорити, ви можете самотійно покращити свій стан таким чином: розкажіть про те, що вас хвилює, самому собі. Сядьте зручніше перед дзеркалом і поговоріть самііз собою. Розкажіть про все, що з вами сталося, і спробуйте проаналізувати те, що трапилось. Говоріть самііз собою доти, доки все, що вас хвилює, не буде промовлено вголос і ви не відчуєте полегшення.

6. Можна перенести всі свої хвилювання на папір. Напишіть собі листа. Довірте все, що відчуваєте і думаєте. Цей спосіб має перевагу у тому, що письмова мова коротша та логічніша. Під час описування ситуації в листі, розуміння проблеми настає швидше, ніж під час розмови. Лист можна відразу знищити або сховати й перечитати, коли вас знову почнуть хвилювати травматичні події. Ви згадаєте свій стан і зрозумієте, що зможете ним упоратись, як і минулого разу.

7. Інший спосіб – «порожній стілець». Уявіть, що на ньому сидить людина, яка образила вас, висловіть їй свої почуття. Зараз ви можете сказати все, що хочете.

8. Відволікання. Займіться якою-небудь діяльністю – все одно якою: почніть прати білизну, мити посуд чи прибирати. Секрет цього способу простий: будь-яка діяльність, і особливо фізична праця, у стресовій ситуації виконує роль громовідводу, допомагає відволіктися від внутрішнього напруження, «випустити пару».

9. Математика. Візьміть калькулятор чи папір, олівець і спробуйте підрахувати, скільки днів ви живете (число повних років помножте на 365, додаючи по одному дні на кожний високосний рік, додайте кількість днів, що пройшли з останнього дня народження). Така раціональна діяльність дасть можливість переключити свою увагу. Постарайтеся згадати який-небудь особливо примітний день вашого життя. Згадайте його до дрібниць, нічого не

пропускаючи. Спробуйте підрахувати, яким був цей день вашого життя.

10. Переключення. При надмірному збудженні в корі головного мозку утворюється домінуюче збудження, яке наділене здатністю підпорядковувати собі всю діяльність організму, всі вчинки та думки людини. Отже, для заспокоєння його треба ліквідувати або створити конкуруюче. Чим більше захоплююча діяльність, тим легше його створити. Згадайте приємну подію із власного життя, уявіть, що ця подія повторилася і ви знаходитесь в такому ж стані. Зробіть таке саме обличчя, посмішку, поставу, відчуйте цей стан всім тілом.

11. Спілкування. Поговоріть на яку-небудь сторонню тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч – сусідом, товаришем, колегою. Якщо поруч нікого немає, зателефонуйте своєму другові. Це свого роду відволікаюча діяльність, що здійснюється «тут і зараз» і покликана витиснути з вашої свідомості внутрішній діалог, насичений стресом.