

**КЗ «Запорізька обласна універсальна  
наукова бібліотека» ЗОР  
Відділ наукової інформації та бібліографії**

# **Український вибір: виклики та перспективи**

**Прес-дайджест  
IV квартал 2016 р.**

**Спецвипуск**

**УЧАСНИКИ АТО:  
АДАПТАЦІЯ ДО  
МИРНОГО ЖИТТЯ**

**Запоріжжя  
2016**



КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА УНІВЕРСАЛЬНА  
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА»  
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Відділ наукової інформації та бібліографії

# УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІР: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*Прес – дайджест*

Спецвипуск

## Учасники АТО: адаптація до мирного життя

(IV квартал 2016 р.)

м. Запоріжжя  
2016

Ведення АТО на сході країни формує багатотисячні маси людей, які після демобілізації повертаються в громадянське суспільство із численними особливостями вже мілітаризованої свідомості - це невпинно та істотно впливатиме на подальший розвиток соціуму та країни.

Матеріали, розміщені в четвертому спецвипуску дайджесту, піднімають питання необхідності якісної психореабілітації та проблеми адаптації до мирного життя учасників бойових дій.

\* \* \*

Корольчук О. Л.

### **Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні**

В останні десятиліття у всіх мікро-та макросоціумах, у суспільстві та світі спостерігається збільшення кількості різних конфліктів, катастроф, що беззаперечно екстремально впливають на людину, її здоров'я та психіку. «Сучасність можна назвати «століттям травми», оскільки використання мови травми і страждання поширюються на опис майже будь-якої неприємної події, якою б малозначною вона не була», — зазначив відомий американський психолог Роберт Еммонс у своїй книзі «Психологія вищих прагнень».

Останні роки розвиток українського суспільства був обтяжений масштабними переворотами, перманентними реформами, руйнуванням старих та недобудування нових ефективнопрацюючих систем у державі. Ці пролонговані на десятки років трансформації породжували зміни та негаразди в усіх сферах життєдіяльності людини, невпинно викликаючи нові й нові стреси. Виникаючі внаслідок стресів психічні розлади, значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію, відповідно знижують трудову активність населення, негативно відбиваючись на розвитку та добробуті країни.

Сьогодні у зв'язку із важкими політичною, соціо-економічною ситуаціями, ускладненими умовами життєдіяльності громадян, погіршенням здоров'я тощо, обтяженими веденням АТО на Сході країни, зросла кількість стресових та, навіть, по-справжньому травматичних ситуацій.

Традиційно, об'єктом більшої уваги та ретельного дослідження були саме дистреси, негативні наслідки психотравм, у першу чергу посттравматичний стрес і досить поширений посттравматичний

стресовий розлад (далі - ПТСР). Термін «розлад» використаний свідомо, оскільки це не хвороба в класичному розумінні, адже це - нормальна реакція психіки на патологічні обставини, коли симптоми і поведінкові ознаки викликають страждання та заважають особистісному функціонуванню людини у стресі.

Найбільш частою формою розладів у жертв екстремальних подій, які важко піддаються лікуванню та корекції й проявляються психологічними, соціальними і соматичними змінами є ПТСР.

Також відмітимо, що ПТСР зачіпає усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, міжособистісної та соціальної взаємодії), призводячи до особистісних змін й у членів сімей травмованих осіб.

ПТСР як один з можливих психологічних наслідків перенесення травматичної події виникає приблизно у 20% осіб (навіть за відсутності фізичного травмування, поранення), супроводжуючись як різними психічними розладами, так і психосоматичними порушеннями.

Загальні закономірності щодо виникнення та розвитку ПТСР залежать від того, які саме травматичні події стали причиною психологічних і психосоматичних порушень - специфіка травматичного стресора. Провідну роль відіграє екстремальність, вихід за межі звичайних переживань, інтенсивності рівня страху за своє життя, жаху та відчуття безпорадності. Важливими характеристиками також є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість дії, та повторюваність впродовж життя.

Згідно з клінічною типологією і класифікацією ПТСР, у цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і ексвійськовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

Сьогодні не викликає сумніву, що психологічні зміни у учасників бойових дій спостерігаються у вигляді окремих розрізнених симптомів, у вигляді більш-менш взаємозалежних проявів і у вигляді синдрому - ПТСР.

Ще під час Другої світової війни В. А. Пляровським був описаний «синдром нервової демобілізації», який виникає у солдатів після повернення з фронтової обстановки, що характеризується проявом залишкових явищ перетому на тлі різкого зниження рівня вольової мобілізації.

На підставі досліджень післявоєнної адаптації ветеранів Великої

Вітчизняної війни вітчизняними вченими було зроблено висновок про те, що психотравмуючі наслідки війни можуть тривало зберігатися.

Сьогодні доведеним є факт, що психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та ін.). У цьому зв'язку з'являються можливості як додаткової психотравматизації ветеранів, так і породження у них неприйняття існуючих соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки та ін.

У діапазоні впливу факторів війни на людину особливо небезпечними та масштабними є так звані пом'якшені та відстрочені наслідки війни, що впливають на здоров'я військовослужбовців (фізичне, психічне), формуючи психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій та ін. Наприклад, у тих, хто відчув бойові події на собі, формується прагнення до швидких і простих рішень, підвищується рівень агресивності настроїв, із можливим налаштування на вирішення суперечок і конфліктів нелегітимними методами, аж до застосування сили та зброї тощо.

Численні дослідження, дані матеріалів проведених опитувань учасників бойових дій (події у В'єтнамі, Афганістані, Чечні, Великій Вітчизняній війні та ін.) показують, що у більшості ветеранів залишається відчуття, що їх «використали», «підставили», нерідко підживлене фактом, що вони залишаються наодинці з собою, а незабаром, просто забуті, на фоні підвищення потреби у звичайному схваленні, розумінні, підтримці оточуючих тощо.

Разом із цим формується комплекс майже незворотніх особистісних змін - так званої «воєнізованої психіки», що наслідком має різні, частіше виражені, ступені прояву, специфічні феномени у потребах ветеранів, їх ціннісних орієнтацій, соціальної взаємодії:

- яскраво виражене бажання бути зрозумілим - мати в контакті з оточенням такий зворотній зв'язок, що виправдовує морально їх участь у жорстокому насильстві соціальною користю;

- бути соціально визнаними - це допоможе подолати комплекс провини, виправдати власні агресивні та жорстокі вчинки перед самим собою, своєю совістю, зробити спогади про них менш травмуючими;

- потреба отримати у суспільстві визнання - високу оцінку своїх особистих зусиль, дій, так, щоб факт позитивної оцінки став відомий

широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї;

- прагнення бути прийнятим в систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом;

- приголомшення від реальностей мирного життя - важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, в країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їх відсутності.

З психологічної точки зору, учасники бойових дій, ветерани, стають ніби особливо оголеними, ранимими, разом із тим вчені відзначають зміни у когнітивній сфері - посилення жорстокості, безкомпромісності, ригідності до моральних орієнтирів суспільства, зниження порогів чутливості до соціальних впливів тощо. Нерідко виявляється прагнення переробити цивільне життя, але негласним законам людських відносин воєнного часу.

Недостатність заходів або порушення/відсутність послідовності та наступності проведення реабілітаційних заходів призводять до формування аддиктивних розладів, психопатизації, порушенням соціального функціонування тощо.

До таких реакцій були віднесені: нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засипання, тривожність, втома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, поглиненість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобії. При цьому спостерігається також зниження апетиту, пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми.

Військові дії на Сході України стали надстресом, значним психотравмуючим фактором, що негативно відзеркалюється на здоров'ї населення: перебування у зоні ведення бойових дій, безпосередня участь у військових подіях, боях, отримані фізичні травми; втрата близьких, житла та роботи; невизначеність положення з неможливістю прогнозувати своє майбутнє та майбутнє своєї родини, становище заручника від обставин, біженця, мігранта, безхатченка, відповідно, стигматизація, дискримінація тощо формують соціальні умови, що травмують психіку людей.

Порушення соціальної адаптації внаслідок впливу специфічного дистресу - радикальних суспільних змін через озброєні конфлікти, призвели до появи трьох типів нової і значущої проблеми - психогенних

розладів (ПР):

- аномічний варіант (замкненість у собі, втрата життєвого тону, активності, цілеспрямованості, звуження кола інтересів, зневіра у власні сили тощо);
- диссоціальний (схильність до афективних вибухів, легковажність, знижена толерантність до психотравмуючих ситуацій з конфліктністю і агресивністю тощо);
- магіфренічний (специфічні зміни світогляду і поведінки з домінуванням ідей магічного змісту (що не відповідають здоровому глузду, життєвому досвіду та освіті).

Події на сході країни - два роки ведення АТО - дворічний досвід та два роки отримання тяжких уроків життя в умовах ведення бойових дій сьогодні дають змогу звернути належну увагу до соціально-гуманітарних аспектів наслідків АТО. Проблема відновлення здоров'я та повноцінної працездатності населення з числа учасників бойових дій є не тільки проблемою медичною, але й великою проблемою соціально-економічного значення.

Умови життєдіяльності людей - сучасна ситуація в Україні, пов'язана із веденням АТО - здійснюють свій негативний психологічний вплив, створюючи низку викликів та загроз соціо-психологічного характеру. Відтак, серед численних завдань, що потребують якнайшвидшого розв'язання, вагому роль відіграє надання якісної та своєчасної психологічної допомоги тим, хто безпосередньо зі зброєю у руках брав участь або надавав допомогу в зоні ведення бойових дій, членам їх сімей, мешканцям окупованих територій, вимушеним мігрантам, тим, хто залишається жити та працювати поблизу так званої «лінії розмежування» тощо.

Необхідно концентрувати зусилля на подоланні проявів масової агресії і запобіганні їм у майбутньому, залученні для цього комплексу правоохоронних інструментів, методів психологічного впливу, роз'яснювальної роботи і пропаганди. Важливим для якісного керування ситуацією та попередження розвитку негативних симптомів наслідків бойових дій вказаних вище є дотримання принципів морально здорового суспільства, одним з базових та влучних постулатів якого, на наш погляд, є: «Як би не закінчилася війна - перемогою або поразкою, - солдата гідно повинні зустріти свій народ, свої керівники, своя сім'я».

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне



здоров'я людини. Розробка методичних рекомендацій (комплексу заходів) з первинної та вторинної профілактики ПТСР (посттравматичного стресового розладу) та реабілітації постраждалих є однією з актуальних проблем сучасної психології. Поширеність ПТСР серед популяції залежить від частоти надзвичайних подій.

Події, що відбуваються в Україні, вкрай складна соціально-політична ситуація у суспільстві показали необхідність соціально-психологічного захисту і психологічної допомоги як дітям і окремим дорослим, так і цілим соціальним групам.

На думку фахівців, на Україну чекає ПТСР-цунамі, з концентрацією сили на соціальній сфері, охороні здоров'я, економіці відповідно, що захватить зверненнями хворих та важкопоранених, інвалідів, членів їх сімей, тисячами медичних та соціальних експертиз тощо. Особливої уваги, беззаперечно, потребують питання адаптації тисяч військових, що повертаються з зони ведення боїв, демобілізованих.

Психологічна допомога даній категорії осіб вже інтенсивно розвивається на Україні, адже пережити страхіття війни та повернутися у світ без війни - важкий іспит для кожного. Основне завдання - не дати відчувати, що їм необхідна психокорекція, що з ними щось «не так». Тож, психологічна допомога сьогодні починається із профілактики страхів, паніки; далі - завоювання нової моделі поведінки, коли небезпека не паралізує, а стає каталізатором дій; наступне - підтримка людини у її переживаннях (радість повернутися живим, непорозуміння, зради, дефіциту підтримки, визнання тощо).

На думку американського психолога, експерта Ф. П'юселика, головне завдання реабілітації демобілізованих - не дати відчувати, що до них відносяться як до хворих, психічно ненормальних, маргіналів. Ті, хто повернувся до мирного життя прагнуть докласти зусиль, щоб стати успішними. «Привезти додому тіло легко, якщо воно працює. Але набагато краще привезти голову. А зберегти розум на війні - завдання не з простих».

Наслідків у війні багато - від руйнування інфраструктури, появи переселенців, біженців, травмованих та інвалідів до віддалених на роки, тих, яких стосуються порушень психіки та поведінки - сильними реакціями на незначні стимули, агресивізації, алкоголізації, наркоманії, психічних розладів різного ступеня, навіть суїцидів.

Самогубства, різко негативне ставлення до соціальних інституцій, до Уряду, підвищення рівня криміналу стає питанням лише часу. Людині,

яка вже застосовувала зброю, буде легше, ніж іншому, застосувати її ще та адаптуватися у злочинному світі. Для емоційного вибуху цих людей достатньо навіть іскри, враховуючи політико-соціально-економічну нестабільність, вірогідність таких випадків велика.

Разом з відчаєм, фрустрацією, апатією у військовослужбовців можуть розвиватися особистісні трансформації, складатися перекручена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка. Непідготовлене, стихійне зіткнення учасників локальних військових конфліктів з реаліями мирного життя загрожує посиленням їх психотравматизації і маніфестацій посттравматичних стресових розладів.

Сьогодні в Україні інтенсивно впроваджуються різнопланові заходи до профілактики ПТСР. У Міністерстві оборони України втілюється заходи щодо забезпечення посад штатного психолога у кожному військоматі країни, відновлюється ефективне функціонування усіх військових шпиталів із обов'язковим відділенням психіатрії у кожному з закладів. Іншими міністерствами та відомствами розробляються програми щодо подальших реабілітації, абілітації, соціалізації, навчання та працевлаштування учасників АТО та допомоги членам їх сімей.

Психологічні наслідки ПТСР бійців можуть тривати роками, до 20 років, вражатимуть 20% учасників бойових дій. Це для суспільства реальний виклик - загрожує дегуманізацією, криміналізацією, каталізацією поглиблення ціннісного розколу і нетолерантності, атомізації суспільства. Саме вони стають характерними ознаками так званих фронтових (втрачених) поколінь.

Загально визнано, що ПТСР - це бомба уповільненої дії, що обов'язково проявлятиметься через місяці й роки - вдарить по всій країні, нації, адже у зоні АТО воюють чоловіки та жінки від 18 до 60 років, тобто працездатна, репродуктивна частина населення країни. Бойові лихоліття завжди вражають спочатку сім'ї учасників бойових дій, потім увесь соціум. Розповсюдження ПТР серед учасників АТО, іншими, хто був у зоні ведення АТО, та проблеми членів їх сімей набиратимуть обертів наступні декілька років.

У тому випадку, якщо перераховані тенденції та особливості психічного життя ветеранів війни не будуть враховані державою, не докладатимуться зусилля для ефективної роботи з ними - виникнуть складні психологічні і, відповідно, соціально-економічні наслідки.

На думку фахівців, подолання даної проблеми стратегічно полягає у об'єднанні зусиль державного сектору, громадського та особистісного -

членів сімей. Співпраця на благо цієї категорії людей повинна бути міжсекторальною, міжгалузеву та міжсистемною, синергічно поєднуючи зусилля кожного.

З точки зору професійного супроводу учасників АТО та, важливо, членів їх сімей, необхідно поєднати зусилля у медичному секторі лікарів - психіатрів, психотерапевтів і психологів. Фахівці наполягають: необхідно запровадити якісний моніторинг стану здоров'я учасників АТО. Допомогу повинні отримувати обов'язково кожен демобілізований та члени родин, родичі військовослужбовців. Адже, на думку психотерапевтів, найбільш значущою для бійців, що повернулися з війни, є підтримка матері, дружини та командира.

Доведеним є факт, що лікування учасників АТО повинно бути комплексним, включати фармакологічну, психіатричну й психологічну допомогу. Найважливіше постійно утримувати їх у полі зору соціальних служб, лікарів, психологів, виділяючи достатньо коштів на це. Державі необхідно сьогодні розробити належні ефективні заходи та забезпечити належне фінансування.

Відтак, Програма повинна містити законодавчо закріплені гарантії щодо:

- можливості створення громадських організацій та асоціацій ветеранів АТО та членів їх сімей, їхнього представництва в органах державної влади. Розуміння можливості їх прямої участі та впливу на процеси прийняття державних рішень, відновлять довіру та покращуватимуть відношення до державних інституцій, влади;

- абілітації, адаптації та соціалізації учасників АТО та членів їх сімей (особливої уваги потребує перший місяць після повернення з зони бойових дій): медичні заходи (відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, протезування та ін.); психологічні (психологічні, психіатричні, психолого-педагогічні, соціальні, направлені на відновлення, корекцію та компенсацію особистісного й соціального статусів, порушень психіки та поведінки); соціальні (соціальна, соціально-побутова адаптація, професійна реабілітація профорієнтація, профосвіта, виробнича адаптація) тощо;

- можливості поєднання зусиль органів державної влади (центральных, місцевих), громадських й міжнародних організацій, бізнесу, волонтерів, та залучення фінансової, організаційної та іншої допомоги для додаткової матеріально-фінансової підтримки учасників АТО та членів їх сімей з недержавних фондів, із прийняттям відповідних

нормативно-правових актів щодо законодавчого урегулювання розширення кола діяльності волонтерських організацій тощо;

- з метою реалізації соціальних гарантій та забезпечення Програми необхідно також виділити кошти для організації, наприклад, відкриття центрів абілітації, адаптації із залученням висококваліфікованих професіоналів; створення робочих місць, у тому числі для інвалідів-учасників АТО; до фінансування будівництва житла та надання кредитів на пільгових умовах тощо.

Слід зазначити, що подібні програми по підтримці учасників АТО та членів їх родин вже розробляються й втілюються на регіональному рівні, як місцеві ініціативи, що, на жаль, не здатно вирішити проблему в цілому.

Прийняття та реалізація даної Програми загальнонаціонального рівня дозволить уникнути негативних явищ, досвід яких є у нашої держави, у зв'язку з недотриманням, переглядом, частковою ліквідацією певних гарантій державної допомоги учасників війни у Афганістані, ліквідаторів аварії на ЧАЕС.

Ще однією з важливих умов ефективного керування ситуацією є належне вирішення питань щодо підтримки, регулярного забезпечення військовослужбовців та членів їх родин у їх повсякденному житті, з метою надання можливості високоякісного життя та ефективної, високопрофесійної діяльності на благо як держави, так і своїх сімей.

***Інвестиції: практика та досвід. - 2016. - № 17. – С. 104-111.***

Иванов Д. А., Рычка О. В.

### **Психолого-психиатрическое сопровождение военнослужащих в боевых условиях**

Как известно, не может быть конфликтных ситуаций самых различных масштабов вне реагирования психической деятельности (осознанного или неосознанного). Образно говоря, психика человека, порождая противостояние (войну), сама становится одной из ее мишеней для враждующих сторон.

В постсоветское время в Украине развитие военной психиатрии несколько замедлилось, накопив много вопросов, требующих безотлагательного урегулирования. Опыт проведения войсковых операций на востоке страны наглядно подчеркивает важность более пристального внимания к совершенствованию военно-психиатрической

службы и организации ее работы.

В соответствии со статистическими данными можно констатировать, что за период с апреля 2014 г. по апрель 2015 г. в психиатрических стационарах страны на обследовании и лечении пребывало 5440 военнослужащих - участников антитеррористической операции (и это без учета сопутствующих психических расстройств среди раненых). Из них - 3224 военнослужащих с острой реакцией на стресс (острым реактивным психозом), что составило 59,2% от всех пролечившихся военнослужащих с расстройствами психиатрического профиля (при общепринятом для таких расстройств диапазоне - до 5%).

Структура и тяжесть психогенных расстройств зависят от многих обстоятельств: недостаточная психологическая подготовка военнослужащих до их попадания в условия вооруженного конфликта, преморбид военнослужащего, соматическая ослабленность до боя и т.д. Но эти факторы не могут кардинально изменить статистику.

За счет чего такой высокий процент «острых реакций на стресс» (превышающий ожидаемый результат, согласно всем нормам, более чем в 10 раз)?

Возможным такое становится в случаях, когда в понятие «острая реакция на стресс» (острый реактивный психоз) ошибочно включают следующие состояния:

- психологическая дезадаптация или психологическая (доклиническая) стрессовая реакция.
- острая невротическая реакция.

Это первое.

Второй причиной (учитывая, что «острые реакции на стресс» - это не что иное, как истерические реакции, может являться «психическое заражение» - одна из основных проблем военного времени.

И еще одно: пациентов с «Острой реакцией на стресс» в таком количестве в стационарах тыла страны быть не должно.

Недоосмысленность в условиях войны этих тенденций, образно выражаясь, может привести к «потере армии».

Присутствие в медицинской службе бригад, военных мобильных госпиталей врачей-психиатров, штатных или приданных, возможно, позволило бы избежать ошибок в диагностике и сортировке военнослужащих с психическими расстройствами в зоне проведения АТО, которые допускаются, по-видимому, из-за неосведомленности в данных вопросах врачей непсихиатрического профиля.

При правильной организации психиатрической службы, наличии необходимого количества военных психиатров и грамотной сортировке лиц с острыми реакциями на стресс (с их продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток) на долю военно-медицинских клинических центров и гражданских стационаров в тылу страны должно приходиться на много меньше (во всяком случае, не превышать усредненные нормы более чем в 10 раз).

Здесь уместно вспомнить высказывание крупного военного психиатра А. А. Портнова: «Со времен Второй мировой войны ни Главное военно-санитарное управление, ни Генеральный штаб не предусматривали такого «пустяка», как психические заболевания на театре военных действий. Оказалось почти «бредовое» отношение к психическим расстройствам, как к чему-то позорящему социалистический строй. И как следствие этого сформировалось негативное отношение к психиатрии. Однако вскоре армейская жизнь показала, сколь необходима в условиях армейского района психиатрическая служба».

Актуальность приближения психиатрической службы к театру военных действий подтверждается и сегодня.

Что же делать в сложившейся ситуации? Необходимо отчетливо понимать, что:

- острые реактивные психозы - это, прежде всего, кратковременные истерические реакции.

- истерические реакции в условиях боевых действий могут стремительно распространяться и приводить к «психической чуме».

Восстановление военнослужащих с психологической стрессовой реакцией и острой невротической реакцией должно осуществляться не в тылу, а, например, на уровне медицинской роты бригады (военного мобильного госпиталя), а лиц с острой реакцией на стресс - в стационарах районных и городских больниц или госпиталей вблизи зоны проведения боевых действий.

И совсем другое дело, когда в стационарах военно-медицинских клинических центров (ВМКЦ), далеко за пределами зоны боевых действий оказываются лица:

- с реактивными депрессиями (с продолжительностью течения - от 10-30 суток до 2-3-х месяцев).

- с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) (с продолжительностью течения до 3-6 месяцев и более).

А вот ПТСР, действительно, среди комбатантов насчитывается относительно немало, по данным разных авторов - от 20% до 30%.

Очень важно научиться дифференцировать лиц с острыми невротическими реакциями и лиц с истерическими реакциями (острой реакцией на стресс). Для чего?

Для лиц с невротическими реакциями лучшим лекарством может оказаться адекватный отдых, сон, горячий обед, смена одежды, возможность помыться в бане, легкая психотерапия, ласковое слово.

А для лиц с истерическими реакциями (острыми реакциями на стресс) после изоляции и купирования психотической симптоматики необходим властный императив, твердый, жесткий тон и т.д.: «А ну встаньте!!! Прекратите сейчас же...!».

В отдельных случаях при первых приступах истерического удушья, судорог и др. человека нужно посадить, наклонить вперед (чтобы произошел полный выдох) и мягко прикрыть ему рот и нос (пока он активно не воспротивится этому). В результате - гиперкапния, т.е. накопление углекислоты в организме больного, купирует приступ.

Важно помнить, что повышенное внимание, обхаживание для лиц с истерическими реакциями губительно! Потому что если начать бегать вокруг истерика, успокаивать, убажывать его, то он как боец будет потерян и просто уйдет в затяжную форму болезни.

Истерия имеет тенденцию к «цепной реакции». Один истерик может вывести из строя целое подразделение!

Нужно объяснять командованию, что такое истерия и почему именно так необходимо поступать с такими лицами. А врачам необходимо понимать, что к истерическим реакциям, в первую очередь, склонны военнослужащие, страдающие психическим инфантилизмом (ныне весьма распространенным и малоизученным заболеванием во всем мире), и уметь диагностировать таких лиц.

Также весьма важным на этапе сортировки является умение идентифицировать симулянтов. Это задача не из простых! Но и пропустить реальных больных, которые считают, что они симулируют, также недопустимо. Нередко симулянт не является до конца здоровым: «Мы симулируем то, что нам присуще».

Как отличить симулянта от истерика? Образно говоря, симулянт хочет казаться больным, а истерик хочет быть больным (подсознательно) и неосознанно становится, так сказать, виртуальным больным, при этом больным не являясь! Это сложнейшая тема даже для психиатров.

Истерик - это псевдосимулянт.

Такие лица подлежат изоляции как можно скорее. Изымаются оружие и острые предметы, устанавливается строгий надзор, устраняется действие психотравмирующего фактора. Несмотря на остроту и психотический уровень расстройств, такие больные большей частью полностью выходят из болезненного состояния. Эвакуация в тыловые районы их, как правило, нецелесообразна.

При подострых или затяжных состояниях (истерические психозы, реактивный параноид и т.д.) делается все возможное, чтобы вывести больного из психотического состояния, и только после этого принимается решение об эвакуации. Выделяются два сопровождающих, осуществляющих в пути следования строгий надзор.

Кем должна осуществляться сортировка психически больных? Опытными специалистами-психиатрами. Но в зоне постоянной дислокации - в медицинской службе бригады (например, механизированной) врачей-психиатров нет. Также там отсутствуют и специалисты, которые имеют хоть какое-то представление об основах военной психиатрии. И даже в штате военных мобильных госпиталей (которые относительно - от 50 до 80 км - удалены от линии соприкосновения) военных психиатров нет. А где взять опытных психиатров, если их в последние годы в своем большинстве сократили? Мир «сходил с ума», а военную психиатрию сокращали.

На уровне сортировки, в условиях наших реалий, врачебный состав военных мобильных госпиталей по причине некомпетентности, с одной стороны, - боится военнослужащих с психическими расстройствами, а, с другой стороны, - опасается принимать решение о возвращении лиц с острыми психогенными реакциями в строй.

Во время сортировки учитывают: клиническое состояние пациента, неотложность предоставления медицинской помощи, возможность дальнейшей эвакуации (способ и средства транспортировки, эвакуационное назначение), необходимость специальной обработки или изоляции.

При грубой сортировке для первоначального разделения пораженных психиатрического профиля от других категорий пораженных и раненых можно оперировать понятием «боевая психическая травма», которое объединяет (группирует) все расстройства как психологического, так и психиатрического уровня (с причинной привязкой к боевым условиям).



Следует отметить, что, согласно нашим исследованиям, пребывание военнослужащего в экстремальных (боевых) условиях более 6 месяцев может приводить к формированию тех или иных психических расстройств.

В перспективе в Вооруженных Силах Украины должна быть принята система лечебно-эвакуационных мероприятий, адаптированная к международным стандартам (согласно требованиям ООН, НАТО).

В НАТО термин «role» вместе с численным дескриптором употребляется для классификации медицинских подразделений (учреждений) в соответствии с их возможностями по оказанию медицинской помощи в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Употребляется в контексте: медицинское подразделение 1-го уровня, медицинское подразделение 2-го уровня и т.д.

Базовый уровень предусматривает первую медицинскую помощь, которая предоставляется на поле боя санитаром (санитарным инструктором) с базовыми навыками психиатрической помощи (обрыв истерических приступов и т.д.).

В медицинских подразделениях первого уровня (медицинский пункт батальона - МПБ) оказывается доврачебная медицинская помощь (первая врачебная помощь) фельдшером (врачом), владеющим основами военной психиатрии (кратковременная изоляция, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий и т.д.).

В медицинских подразделениях второго уровня (медицинский пункт полка - МПП, медицинская рота - МедР) оказывается первая врачебная помощь (изоляция лиц с психотическим состоянием, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий, сортировка, отдых и лечение лиц, перспективных к возвращению в строй в течение 10-ти дней с момента поступления).

В медицинских учреждениях третьего уровня (военный мобильный госпиталь - ВМГ, военный госпиталь - ВГ, центральная районная больница - ЦРБ) оказывается квалифицированная медицинская помощь (психофармакотерапия невыраженных реактивных состояний и других психических расстройств с недлительными сроками лечения для возвращения в строй).

В медицинских учреждениях четвертого уровня (военно-медицинский клинический центр - ВМКЦ, областная клиническая больница - ОКБ, специализированные центры и институты) оказывается полный спектр психиатрической помощи тяжелым больным

психиатрического профиля.

При этом реабилитация является составной частью комплекса медицинской помощи на всех этапах лечения и выздоровления.

Концепция оказания медицинской помощи лицам психиатрического профиля предусматривает взвешенные сортировочные решения в каждом конкретном случае:

Лицам с эндогенными психотическими расстройствами, крайне выраженными невротическими состояниями, реактивной депрессией и тяжелыми травмами мозга с психическими отклонениями стабилизируют состояние и эвакуируют в тыл в первую очередь, т.е. тяжелобольных незамедлительно отправляют в лечебные стационары за пределами фронтовой зоны.

Лиц с психомоторным возбуждением (с истерическими и интоксикационными психозами) изолируют, направляют в психоизолятор и устанавливают за ними надзор из числа медперсонала и выздоравливающих больных, которые должны не допустить бегство или другие социально опасные действия со стороны пострадавших. Предусматривают способы фиксации таких военнослужащих. При этом оказываемая помощь нацелена на максимальное клинически обоснованное возвращение в строй военнослужащих с передовых этапов медицинской эвакуации.

Помещение психоизолятора устанавливается на уровне бригады (в медицинской роте), в военном мобильном госпитале. Психоизолятор должен быть оборудован дверьми с железными каркасом, засовами и прикрученными к полу койками; обеспечен необходимыми психотропными и другими медицинскими средствами, в том числе для купирования возбуждения, и сейфом (для хранения лекарственных препаратов), исключая свободный доступ к нему.

Что же необходимо делать в настоящих условиях и на перспективу?

- Внести изменения в организационно-штатную структуру медицинской службы бригад, военных мобильных госпиталей и определить в ней задачи военных психиатров (оказание психиатрической помощи, сортировка, фармакологическая коррекция психических состояний, психотерапевтическая поддержка и т.д.).

- Восстановить институт военных фельдшеров - неукомплектованность подразделений средним медицинским персоналом, фельдшерами составляет 40-60% (как вариант, с усиленной подготовкой по тем или иным профилям: военная психиатрия,

травматология, санитарная гигиена и т.д.). Это можно осуществить на уровне факультета, например, при Украинской военно-медицинской академии (УВМА) или других медицинских учебных заведениях.

Следует отметить, что тот средний медицинский персонал, который призван из гражданской медицины, как правило, - медицинские сестры (с опытом выполнения врачебных указаний в условиях больницы). А военный фельдшер - это медицинский работник, который в большинстве случаев должен принимать самостоятельные решения, нередко врачебные.

Подчеркнем, что не следует отождествлять, обобщать, путать военную и гражданскую медицину в целом и военную и гражданскую психиатрию в частности. Кроме того, на период военного времени гражданские психиатры должны выполнять методические указания главного психиатра Министерства обороны по вопросам призыва военнослужащих, оказания психиатрической помощи военнослужащим и т.д.

Что же нас ждет в поствоенное время? Какие ожидаются психические расстройства у участников боевых действий, комбатантов, ветеранов войны? Прежде всего, представляется возможным к ним отнести:

- затяжное посттравматическое стрессовое расстройство;
- «комбатантную психопатизацию»;
- психосоматические расстройства у участников боевых действий и

т.д.

При этом лица с затяжным ПТСР, комбатантным патохарактерологическим развитием личности и т.д. должны ставиться на учет в соответствующих лечебных учреждениях по месту проживания.

Восстановление психиатрических отделений в военных госпиталях: во Львове (ВМКЦ Западного региона), Днепропетровске (385 ВГ), Староконстантинове (1445 ВГ) следует считать недостаточным. Для полноценного и объемного психического оздоровления армии, в т.ч. в поствоенное время, желательно предусмотреть открытие психиатрических отделений в Винницком (ВМКЦ Центрального региона), Ирпенском (ВМКЦ профессиональной патологии личного состава), Хмельницком (10 ВГ) военных госпиталях.

Следует отметить, что реформирование Вооруженных Сил Украины осуществляется для повышения их качества. Однако без усиления военно-психиатрической службы эта цель не может быть достигнута в

полной мере.

Для сравнения: в Вооруженных Силах США в мирных и боевых условиях психолого-психиатрической службе придается большое значение.

Становится очевидным, что в наших условиях в определенных медицинских подразделениях (учреждениях) войскового звена также весьма целесообразно присутствие военного психиатра (с опытом работы в стационаре), хорошо разбирающегося в реактивных состояниях, которые занимают ведущее место в боевых условиях.

Сегодня возникла потребность безотлагательно расширять военную психиатрию. Экстренно обучать большое количество слушателей УВМА основам военной психиатрии. При этом важно избежать увеличения количества формальных, но не профессиональных «психиатров». А для этого целесообразно создать кафедру военной психиатрии в Украинской военно-медицинской академии.

***Менеджмент и кадры: психология управления, соционика и социология. - 2016. - № 7-8.- С. 34-47.***

Скрипник О.

### **Реабілітація бійці АТО — дорога між пеклом і раєм**

Вони досі ще там. Не в окопах - а в тому часі, коли їх послали у зону АТО. Повертаючись у наше сьогодні, вони гостро помічають, що, де і як змінилося. Бійцям АТО потрібен не тільки час, а й допомога, щоб із 2014-го вписатися в реальність, дуже відмінну від тієї, яку вони малювали у своїй уяві, перебуваючи на блокпостах і в окопах.

Давно доведено, що з гарячих точок бійців не можна одразу посилати додому, - вони мають пройти курс реабілітації. Навіть ті, кому пощастило повернутися з лінії вогню без ран і каліцтв.

Систему реабілітації бійців АТО довелося починати з нуля. Процес важкий. Але за останній рік багато що змінилося. І найголовніше - змінилося ставлення до психологічної реабілітації, необхідність якої нарешті визнали.

Запущено проекти, проводяться тренінги, госпіталі беруть участь у тендерах - пропонують свої програми фізичної та психологічної реабілітації бійців АТО. Серед переможців - Кременчуцький обласний госпіталь ветеранів війни (Полтавська обл.), що зумів за стислий час не тільки сформувати команду психологів, а й підключити весь колектив до

виконання цієї місії.

«Мій перший пацієнт лежав на ліжку пластом, він навіть пальцями не міг поворушити, - розповідає психолог Аліна Базалевська. - Не людина, а голова, що говорить. Точніше - всміхається. У госпіталі його любили всі, бо Толик - це сонячна людина. Він ні на що не скаржився, легко йшов на контакт. Коли йому полегшало, повезли його на іпотерапію. В тій групі був дуже замкнений, потайливий чоловік - ні на що не реагував. Толі якось вдалося його зачепити, розговорити, і процес пішов.

Багато бійців пройшли крізь такі випробування, що біль сприймають як прикре непорозуміння. Вони завжди переводять стрілки: «Я впораюся сам, краще допоможіть моєму другові, - в нього лихо!». Полегшало - просять виписати, рвуться в окопи. Пояснюють - там мої хлопці, я повинен бути з ними.

Ми теж їздили в зону АТО, після чого на багато речей стали дивитися інакше. Процес психологічної реабілітації дуже залежить від того, хто де був. Особливо складно тим, хто пережив Іловайський котел, воював під Дебальцевим, хто втратив багатьох бойових побратимів.

Найскладніше в нашій роботі - знайти контакт, запропонувати допомогу так, щоб її прийняли. Є пацієнти, які відмовляються від психологічного супроводу. Ми намагаємося вивозити їх за межі лікарняної зони. Дуже стає в пригоді допоміжна терапія - іпотерапія, арт-терапія, люди захоплюються, знаходять для себе щось нове. І розкриваються.

Ми не забуваємо тих, хто пройшов курс реабілітації в госпіталі, - телефонуємо, підтримуємо їх, запрошуємо на різні заходи».

Фахівці стверджують, що більшість бійців АТО нікому - навіть собі! - не зізнаються, що їм потрібна психологічна реабілітація. На жаль, досі живі радянські стереотипи, коли психологічна допомога сприймається як якась примха, без якої цілком можна обійтися. Спробуйте знайти чоловіка, тим більше дружного зі зброєю, який скаже вголос, що він відвідує сеанси психолога.

А що робити, коли без цього ніяк не вдається повернутися до мирного життя? І річ не тільки в моральних і фізичних травмах, отриманих у зоні АТО. Там їм легше, ніж удома. Доки боєць в окопах - його називають героєм, захисником, обіцяють усіляку допомогу й підтримку держави. Приїхав додому - статус різко змінився. У будь-якій конторі - він прохач, із якого вимагають десятки довідок і посилають із

кабінету в кабінет. А вдома? Тут уже кому як пощастить. Когось зустрічають як героя й пишаються ним, а комусь день у день нагадують, що він невдаха, який не вміє забезпечити сім'ю.

«У кожного пацієнта госпіталю - свій характер, свій досвід, є - готові все розтрити на своєму шляху, - ділиться спостереженнями психолог Валентина Осадча. - Дуже складно й цікаво було працювати, коли до нас потрапили бійці батальйону «Айдар». Ми використовували такі методики, що вони й не помічали, як починали розмовляти, розкриватися. У перший період ми перебували в госпіталі по 12-15 годин на добу, а інколи й більше. Не тільки працювали, а й від них отримували уроки.

На одному з тренінгів хлопець, котрий весь час мовчав, запитав іншого: «Тобі дружина не казала, що ти вбивця?»

І ти миттєво підключаєшся, ведеш діалог. Усе залежить від того, хто і як потрапив у зону АТО. Якщо це патріот, доброволець, котрий, не чекаючи повістки, все кинув і поїхав захищати Батьківщину, - одна ситуація.

А коли чоловік туди не рвався? Опинився в зоні АТО лише тому, що його призвали? Є такий типаж - підкаблучник, мамій. Йому випав шанс стати самостійним, і він сказав собі - я зможу. І виконав свій громадянський обов'язок, став упевненою в собі людиною. Тут дуже важливо, як зустрине його дружина. Це щастя, коли вона скаже: «Я тобою пишаюся, ти молодець!» Але якщо сім'я напередодні мобілізації була в стані напіврозлучення, то й після демобілізації дружина знайде причини, щоб нагадувати чоловікові, чому він поганий.

Із зони АТО він повернувся зовсім іншим, але для дружини, а може, і для всієї родини, він залишився колишнім, і претензії нікуди не поділися. Десь у душі він собі каже, що прийняв правильне рішення, що на війні став справжнім чоловіком. Йому хочеться отримати підтвердження своєї правоти. А натомість чує: «Та який ти мужик, он кум не пішов, біля дружини весь час був, гроші додому приносив. Хіба ти герой? Ти вбивця!»

Найголовніше для цього чоловіка - знайти відповідь на запитання: то хто ж я?! І, поки він її не отримає, буде мовчки лежати обличчям до стіни або вихлюпувати свою агресію на всіх без розбору.

Я багато років працювала сімейним психологом. Завжди дивлюся не тільки на людину, а й на все її оточення. Щоб подолати проблеми, необхідна взаємодія з дружиною, дітьми, батьками, друзями, з усіма, з ким чоловік тісно спілкувався до АТО. Я тестую - з якого кінця цей

клубочок розмотувати? Адже це травма, яку переживає вся його родина.

Шаблонів немає. Ми використовуємо різні методи й ресурси, придбали асоціативні картки - маємо дев'ять наборів, що дуже допомагає в роботі. З бійцями АТО не працює принцип «поговорімо!». Це викликає опір і недовіру. Зате вони зацікавлено сприймають т.зв. систему пекла і раю. Тему пекла ілюструють сюжети Ієроніма Босха. Ці картки з ними можна розглядати й обговорювати годинами.

Ресурси людини - інтелект, працьовитість, любов і т.д. - символізують шість інших карток. Уважно стежу за тим, хто яку вибере, - це дає ниточку, за котру можна потягнути. Ми не обговорюємо конкретних проблем бійця, а просто перебираємо варіанти - які ресурси можна задіяти, щоб вирішити те або інше завдання. І заодно з'ясуємо: а чим скористався він, щоб змінити своє життя? Пішов учитися? Опанував нову професію? Чи сподівається на манну небесну? Таке спілкування допомагає проаналізувати проблеми, з якими зіштовхується людина, і ненав'язливо показати шляхи, що ведуть до їх вирішення.

*Дзеркало тижня. - 2016. - 11 черв. (№ 21). - С. 11.*

Трегуб Ганна

## **Зняти броню**

Гібридна війна, яку проти України веде наш найближчий сусід, і невизначеність, скільки цей воєнний конфлікт триватиме, актуалізували питання про фахову психореабілітацію в доволі широкому контексті. Йдеться не лише про тих, хто боронить Україну на фронті, а й про їхні родини та ширше оточення, механізми повернення комбатантів до мирного життя. «Треба розуміти, що АТО не виправна колонія, де займаються перевихованням людей. Ті, хто це пройшов, мають право на повернення додому без ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), і не треба казати, що у всіх без винятку учасників бойових дій такий розлад є.

Психологи і травмотерапевти зазначають, що в цьому контексті важливо зрозуміти й розрізнити, чим є психосоціальна адаптація і що таке професійна допомога психотерапевта. Якщо насправді йдеться про психотравму, то з нею має працювати фахівець, який знає відповідні методи. У згаданому випадку допомога надається лише індивідуально. Психосоціальна адаптація включає в себе, зокрема, трудотерапію, арт-терапію тощо. Окрім індивідуального консультування можуть бути групові практики взаємодопомоги, фокус-групи тощо. Якщо говоримо

про роботу з родиною, то є такі інструменти, які дають змогу працювати з нею як із цілісною одиницею.

Якщо на початку війни йшлося суто про бійців, то нині актуальним питанням є родини. Після кожної хвили демобілізації надходять нові звернення. Поки що йдеться не про насильство, а про непорозуміння в сім'ї. Жінки кажуть, що їхні чоловіки повернулися з АТО, але стали «не такими», - розповідає психолог Катерина Проноза, член Української асоціації фахівців із подолання наслідків психотравмуючих подій. І констатує: якщо в сім'ї непорозуміння й конфлікти були до війни, то після повернення з фронту ситуація не стає кращою, а, навпаки, погіршується. На перший план у пари виходить питання міжособистісних стосунків і довіри, можливість зберегти вже створену сім'ю, поліпшити мікроклімат.

Є специфічний тип сімей, що створені під час війни. Це подружжя волонтерів і бійців, стосунки, які виникли на фронті, в екстремальній ситуації. Коли така пара, за словами травмотерапевтів, повертається до мирного життя з його сірими буднями, які не всі звичайні сім'ї витримують, виникає криза. До того ж вони схильні замикатися в собі. Якщо люди розходяться, тоді в них узагалі нічого не лишається.

Одним із найбільших страхів у родинах учасників бойових дій є їхній можливий алкоголізм. Жінки й батьки б'ють на сполох майже моментально, мовляв, «чоловік два дні як повернувся з АТО і весь цей час увечері п'є зі своїми друзями», тому його вже треба диспансеризувати. «Повернення комбатанта до мирного життя - це процес, а не справа одного дня. Тому всі наполягання на тому, щоб людина, яка щойно зняла із себе камуфляж, одразу йшла на роботу, не завжди здорові за своєю суттю. Можливість працевлаштування учасників бойових дій стає актуальною через певний час по поверненні з фронту, бо безпосередньо стосується знаходження комбатантами себе в мирному житті, їхньої самореалізації та забезпечення гідного життя. Якщо в низці західних країн діють державні програми, які допомагають таким особам або розпочати бізнес, або здобути освіту, то в Україні цього немає».

Специфічною за своєю суттю є робота з родинами загиблих на війні. Психологи кажуть, що це та група, яка насправді потребує глибокої психологічної допомоги й підтримки, фахівців, які вміють працювати з горем. Коли ми порівнюємо сім'ї загиблих із сім'ями військовослужбовців, які переживають невизначеність, то негайно починати працювати треба саме з першими. В Ізраїлі, Чехії, Словаччині є



відповідні служби, які повідомляють рідним про загибель воєнка. Всі вони весь час перебувають у процесі навчання, зокрема, вчать проводити особистісну психотерапію. Дуже шкода, що в нас немає такої служби. Повідомляти про загибель - це не волонтерська справа. На відміну від сімей поранених, у сімей загиблих більше часу, який вони можуть приділити самим собі, довшій терапії. Головне, щоб уникання проблеми не стало на заваді цьому процесу.

Діти бійців - інша категорія, вони по-різному реагують на те, що відбувається. Є серед них ті, у кого виникають психосоматичні розлади внаслідок переживання за батька чи матір.

Американці гостро зіткнулися з ПТСР після війни у В'єтнамі, після чого стали розробляти схему, як і в якій послідовності потрібно діяти в кризових психологічних станах, зокрема, які види допомоги необхідні людям, які є техніки психологічного відновлення. На основі здобутого досвіду американський International Medical Corps розробив стандарти медико-соціальної реабілітації та допомоги в кризових психологічних ситуаціях. Цими методиками українські фахівці послуговуються від Революції гідності, бо не стали чекати, доки за це візьметься держава.

На сьогодні ухвалені МОЗ стандарти скальковані з австралійських. Власне, це дороговказ, що потрібно робити в психологічній кризовій ситуації незалежно від того, виникла вона на війні чи деінде. Стандарти передбачають кілька рівнів. Перший - надання соціогуманітарної допомоги зі збереженням людської гідності. Другий - робота з громадою, створення нормальних умов для реабілітації. Громада, яка так чи інакше дотична до війни, задля вирішення своїх проблем має брати участь у тому, що відбувається навколо, зокрема в соціореабілітаційній роботі.

Навіть найкращі та найсучасніші протоколи не завжди автоматично тягнуть за собою осучаснення практик. Головна мета будь-якої реабілітації - не допустити інвалідизації особи. Нині, попри обов'язковість проходження психореабілітації всіма військовослужбовцями, їм це зробити не так вже й легко. Найлегше її пройти демобілізованим. Тим, хто перебуває на службі, для цього треба брати відпустку. Раніше для військовослужбовців передбачалася додаткова відпустка до 15 діб, яку можна було використати для лікування. Зараз її скасовано. Таким чином, психологічну реабілітацію проходять або після стаціонару, госпіталю, або під час відпустки, яку доводиться брати задля цього. Ще один проблемний момент - ті, хто проходить реабілітацію в закладах санаторного типу, не можуть брати із

собою своїх рідних, бо вже досить давно скасовано пільги для членів сімей військовослужбовців на санаторно-курортне лікування.

Специфічним із погляду суспільного сприйняття тих, хто захищав і захищає Україну на фронтах Донбасу, є питання героїзації. Психологи констатують, що, на жаль, не всі українці готові сприймати своїх вояків як героїв, дякувати їм за зроблене. Так само, як і бути інклюзивними, не викидати поза свої рамки осіб із підвищеними потребами, як-от, скажімо, тих, хто втратив кінцівки. Згідно з європейськими стандартами, є люди з підвищеними потребами, а не інваліди. Щоб це усвідомити, потрібні зміна суспільного ставлення, готовність суспільства приймати таких людей. Доступний простір - це також питання суспільства, від якого залежать і пандуси в будівлях, і спеціально обладнаний транспорт.

*Укр. тиждень. - 2016. - 15-21 лип. (№ 28). - С. 30-31.*

Корольчук О.

### **Актуальність вивчення питань щодо державного управління медико-соціальним забезпеченням учасників АТО та членів їх сімей.**

Сучасний етап розвитку незалежної України характеризується скрутними, складними соціоекономічними умовами, перманентним ускладненням медико-демографічної ситуації, погіршенням здоров'я та життя громадян, тому питання соціального та гуманітарного напрямів залишаються найбільш важливими для вирішення.

Нині ж становище ускладнено анексією Автономної Республіки Крим, розповсюдженням сепаратистських настроїв на значній частині Донецької і Луганської областей, що призвело до конфлікту та проголошення антитерористичної операції (далі - АТО). Україна «де факто» перебуває у стані війни – неоголошеної, «гібридної» - для Збройних Сил (далі - ЗС) перевірки на мужність, витривалість, вірність та відданість військовій присязі. Проголошений у 2010 році позаблоковий курс України не дав змоги повною мірою захистити національні інтереси у сфері безпеки. Але консолідація зусиль усіх гілок влади: Президента України-Верховного головнокомандувача ЗС, депутатів Верховної Ради, Уряду, громадськості, волонтерів у готовності до гарантованої відсічі зовнішньої будь-якої агресії своєчасно підтримала бойову спроможність

ЗС та стабільно захищає територіальну цілісність країни та забезпечує національну безпеку.

Наслідком таких умов є збільшення кількості військових, значні руйнування інфраструктури на тимчасово окупованих територіях, порушення спокою та усталеної, злагодженої життєдіяльності тисячів українців, поява постраждалих та переселенців, втрати життя та здоров'я тисяч громадян тощо. Розширення категорій осіб, які потребують підтримки з боку держави та виникнення нового спектру потреб населення України сьогодні значною мірою актуалізують необхідність перегляду питань щодо державного управління медико-соціальним забезпеченням населення загалом, учасників АТО і членів їх сімей зокрема, із обов'язковим вивченням та урахуванням реальних умов життєдіяльності країни та її мешканців.

Проблема соціального захисту учасників АТО та членів їх сімей на сьогодні є дуже гострою. Конституція України (ст. 17) встановлює, що держава забезпечує соціальний захист громадян та членів їх сімей, які перебувають на військовій службі в Україні, а Законом України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» визначено систему і зміст соціального захисту військовослужбовців, проте сьогодні держава не здатна реально забезпечити ефективний соціальний захист військовослужбовців та членів їх сімей.

Особливої уваги потребує також питання удосконалення військово-медичної служби - важливої складової ЗС, що піклується про збереження та зміцнення здоров'я, боєздатності особового складу військ, адже людський ресурс - найвагоміший, вирішальний: його фізична, морально-психологічна підготовка, тренуваність є залогом успішної діяльності ЗС України. Важливою вимогою часу є підготовка професіоналів-лікарів високого рівня. Глибоко розуміти особливості ведення бойових дій, виникнення та перебігу бойової патології, вміло реалізовувати головні принципи організації та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності, володіти достатніми організаційними навичками. Переліченими якостями повинен володіти не тільки кадровий склад медичної служби, а також і ті лікарі-офіцери медичної служби запасу, які прийдуть у Збройні Сили України, якщо інтереси Батьківщини будуть вимагати від них виконати свій суспільний та громадський обов'язок.

Головними причинами проблем з медичним забезпеченням в зоні АТО стали: відсутність необхідних сил і засобів, взаємодії та

узгодженості в діях медичних служб різних військових формувань і системи цивільної охорони здоров'я тощо. Вирішення цих проблем, забезпечення своєчасною медичною допомогою поранених військовослужбовців і цивільного населення, якісне їх лікування можливе за умов створення у державі єдиної системи військової охорони здоров'я, яка б об'єднала зусилля всіх учасників у чітко працюючий механізм - документ державного рівня – Воєнно- медичної доктрини України (далі - Доктрина) - інструменту державного управління формуванням системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час... основи для розробки нормативно правових актів для даної сфери... - «дорожньої карти» для розбудови організаційних основ цієї системи, що ліквідує відомчі розбіжності та забезпечить єдині підходи до організації медичного забезпечення і надання вичерпної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям та цивільному населенню в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій.

На сьогоднішній день місце і роль Доктрини визначене Системою оперативних стандартів ЗС України, що затверджена наказом начальника ГШ ЗС України. Доктрина повинна стати підставою для розробки Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України та основою формування єдиного медичного простору у воєнний час.

Робочою групою Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка наприкінці серпня 2014 року вивчала стан медичного забезпечення в зоні АТО, зроблено висновок, що існуюча система охорони здоров'я діє та в основному забезпечує виконання покладених на неї завдань. Водночас наявні ряд серйозних проблем у медичному забезпеченні військ і відсутність ефективної взаємодії між їхніми медичними службами та цивільними закладами охорони здоров'я, що негативно відображається на стані медичного забезпечення в цілому, своєчасності та якості надання медичної допомоги пораненим та їх лікування, серед яких:

- незабезпеченість уніфікованими індивідуальними засобами медичного захисту, відсутність навичок їх застосування;
- відсутність сучасних засобів розшуку поранених, індивідуальних носіїв медичної інформації, засобів цифрового зв'язку тощо;
- відсутність броньованого санітарного транспорту для вивезення поранених з поля бою та аеромедичної евакуації;
- застарілість, невідповідність вимогам сучасності оснащення

медичних служб, відсутність мобільних модулів для розгортання етапів медичної евакуації тощо;

- незабезпеченість медичних підрозділів військових частин, військових мобільних госпіталів сучасними засобами життєдіяльності в польових умовах;

- необхідність залучення потенціалу цивільної системи охорони здоров'я та формування єдиного медичного простору;

- необхідність медичного персоналу у особливостях перебігу бойової патології, зумовленої вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями, що призводить до ускладнень, необхідності повторних хірургічних втручань та збільшення тривалості лікування і реабілітації поранених;

- відсутність єдиної системи управління та координації дій медичних служб ЗС України, інших військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я України.

***Інвестиції: практика та досвід. - 2016. - № 15. - 47-51.***

## **Український вибір: виклики та перспективи**

Прес – дайджест  
IV квартал 2016 р.

Підготувала: Ю. Щеглова  
Редагувала: Т. Пішванова  
Відповідальний за випуск: О. Волкова

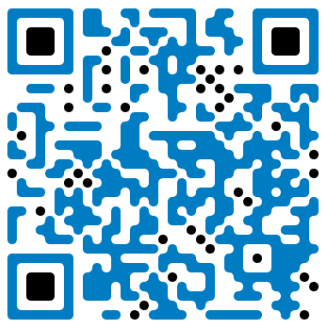
м. Запоріжжя, просп. Соборний, 142  
КЗ «ЗОУНБ» ЗОР  
Відділ наукової інформації та бібліографії

Телефон: (061) 787-53-57  
Ел. пошта: [bibliograf.zounb@ukr.net](mailto:bibliograf.zounb@ukr.net), [bibliograf@zounb.zp.ua](mailto:bibliograf@zounb.zp.ua)  
Адреса сайту бібліотеки: [www.zounb.zp.ua](http://www.zounb.zp.ua)





**facebook.com/  
bibliograf.zounb**



**youtube.com/  
bibliogrzounb**