

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЄЮ
УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-21

С.М. Кучеренко

Керівник,

к.мед.н., доц.

О.Є. Вашев

Рецензент

ЗМІСТ

| | |
|---|---------|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ | |
| РЕСОЦІАЛІЗАЦІЄЮ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ | 5 |
| 1.1 Ресоціалізація учасників військових дій як об'єкт публічного управління | 5 |
| 1.2 Механізми публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій | 16 |
| РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ | |
| УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ | 26 |
| 2.1 Реагування учасників військових дій на процес ресоціалізації як передумова вибору кращих її технологій та засобів публічного управління | 26 |
| 2.2 Потреба у ресоціалізації учасників військових дій та передумови вдосконалення публічного управління у цій сфері | 35 |
| РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ | |
| УКРАЇНИ ПЕРЕДОВОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ | |
| УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ЯК ПЕРЕДУМОВИ | |
| ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ЦЬЙ СФЕРІ | 42 |
| 3.1 Національні програми ресоціалізації учасників військових дій | 42..... |
| 3.2 Державна підтримка сімей учасників військових дій, які залучені до процесу ресоціалізації таких осіб | 53 |
| ВИСНОВКИ | 61 |
| ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ | 64 |

ВСТУП

Актуальність проблеми. Захист Вітчизни є почесним правом і обов'язком кожного громадянина. І якщо у мирний час, усе зводиться до захисту державного кордону та забезпечення внутрішнього правопорядку, то під час зовнішньої агресії (тим більше, повномасштабної) – необхідність примати активну участь у військових діях. Останнє, почасти призводить не лише загибелі воїнів, а і до їх поранень, бойових травм, психологічного вигорання тощо. До того ж, не слід забувати про «пасивних» учасників військових дій: волонтерів, транспортників, комунальників, лікарів і медпрацівників, мирні жителі та ін. І «активні», і «пасивні» учасники військових дій потребують ресоціалізації – комплексу заходів, спрямованих на адаптацію до нових реалій. Означене є компетенцією уповноважених органів публічного управління, які використовують доступні механізми впливу. Оскільки час від часу з'являються нові виклики у цій сфері, тому виникає потреба у вдосконаленні існуючих механізмів публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій, що й обумовлює актуальність даного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Бриндіков Ю. [7; 8], Дипко С. [21; 22; 73], Дідик Н. [23], Дубовик К. [25], Караман О. [28; 29], Сохан І. [75], Якубова Л. [83] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати сутність і значення ресоціалізації учасників військових дій як об'єкту публічного управління;

– дослідити діючі механізми публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій;

– оцінити потребу у ресоціалізації учасників військових дій та передумови вдосконалення публічного управління у цій сфері;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо ресоціалізації учасників військових дій та членів їхніх сімей.

Об'єктом дослідження є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління ресоціалізацією учасників військових дій.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЄЮ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

1.1 Ресоціалізація учасників військових дій як об'єкт публічного управління

Незалежно від нашого суспільного статусу, ми всі залишаємося громадянами України, а відтак – маємо право на конституційно закріплені гарантії щодо забезпечення гідного рівня життя, захист честі та гідності, працевлаштування тощо [40]. Проте у разі виникнення загрози національній безпеці (тим паче, повномасштабної військової агресії) громадяни мають право та обов'язок захищати вітчизну всіма доступними засобами (у т.ч. зі зброєю у руках), тим самим набуваючи статусу учасників військових дій.

Варто відзначити, що час від часу населення нинішньої України приймало участь у тих чи інших військових конфліктах (Афганістан...), але у 2014 р. розпочалася військова агресія РФ, наслідком якої стала анексія Криму та тимчасова окупація значної частини території Донецької та Луганської областей, що набуло статусу Антитерористичної операції (далі – АТО), потім (з 2018 р.) – Операції об'єднаних сил (далі – ООС). Найбільш активна фаза цього військового конфлікту припадали на 2014–2015 рр., а надалі (кінець 2015 р. – початок 2022 р.) – набула характеру «помірної інтенсивності військових дій». Попри їхню тривалість і помірність масштабів, учасниками військових дій (комбатантами) стали понад 320 тис. осіб [7] (здебільшого, представники регулярної армії, меншою мірою – добровольці). Проте ситуація докорінно змінилася 24 лютого 2022 р., коли РФ почала повномасштабну воєнну агресію, а активними учасниками цього протистояння стали вже значно більше за мільйон осіб, які є представниками не лише Збройних сил України (далі – ЗСУ), Національної гвардії України (далі – НГУ) та інших «силових структур»

держави (Національної поліції України, СБУ ...), а й Територіальної оборони (далі – ТрО), які, у сукупності, і є Силами оборони України (далі – СОУ).

Статус учасників військових дій набувають передусім кадрові військові, для яких участь у військових діях не те що «буденна справа», а те, до чого вони достатньою мірою професійно та психологічно підготовлені, але, попри це, й вони мають докласти чимало зусиль для пристосування спочатку до «умов війни», а потім – до «мирного життя». Проте подібне «пристосування» є нетотожним: первинне – соціалізація, а вторинне – ресоціалізація. З’ясуванню їхніх відмінностей та специфічних ознак присвячено чимало досліджень.

У загальному вигляді під **соціалізацією** (від лат. *socialis* – суспільний) розуміється процес входження індивіда в суспільство, активного засвоєння ним досвіду, ролей, норм і цінностей, необхідних для успішної життєдіяльності в конкретному середовищі [43]; усі процеси залучення індивіда до культури, усі види комунікації, за допомогою яких формується соціальна природа людини, її здатність брати участь в житті суспільства; складний і багатогранний процес становлення й розвитку індивіда (представника роду людського) як соціального суб’єкта, який здатний емоційно ідентифікуватися в існуючому суспільстві, визначати свою функціонально-ролеву поведінку та погоджувати свої уявлення, позиції, ціннісні орієнтації з громадською думкою; процес засвоєння та подальшого розвитку індивідом соціально-культурного досвіду: трудових навичок, знань, цінностей, норм, традицій та соціальних якостей; взаємопоєднання адаптації та індивідуалізації людини в умовах конкретного суспільства [25].

Чинники соціалізації:

- індивідуальні (морально-правова свідомість, пізнавальна мотивація, адекватне відображення цінностей та ін.);
- ціннісно-нормативні особливості (система ціннісних орієнтацій та соціальних норм, усвідомлення й сприйняття соціальних цінностей, оцінка правомірності поведінки особистості, самоконтроль, соціальний контроль, наявність соціальної відповідальності та виконання санкцій) [75].

Соціалізація відбувається протягом усього життя людини як у ході цілеспрямованого впливу на особистість, так і під дією стихійних процесів, які впливають на її формування [5; 81]. Розрізняють два етапи соціалізації, яку умовно поділяють на «первинну», саме соціалізацію дітей, що здійснюється через агентів соціалізації, якими є їх безпосереднє близьке оточення: батьки, родичі, однолітки, сусіди, вчителі, та інститути соціалізації (сім'я, заклади освіти, неформальні організації, ЗМІ, мистецтво, культура, релігія тощо), і «вторинну» [32] – соціалізацію дорослих [73].

У ході **соціалізації** індивід стикається з різними явищами та ситуаціями, які можуть впливати на процес нормального його входження та адаптації в суспільстві [76]. Саме баланс інституціональних і позаінституціональних впливів на особистість є умовою успішної соціалізації [33], що в сучасних умовах потребує спеціально організованих заходів з боку держави та громадськості [12].

Процес соціалізації людини, що протікає у взаємодії з різними чинниками і агентами, відбувається за допомогою таких механізмів, які працюють одночасно, охоплюючи різні сфери життєдіяльності людини:

1. Традиційний механізм соціалізації – забезпечує засвоєння людиною норм, еталонів поведінки, поглядів, які характерні для його сім'ї і найближчого оточення (сусідського, приятельського, професійного).

2. Інституціональний механізм соціалізації – діє в процесі взаємодії особи з інституціями суспільства, які прямо та/чи дотично причетні до соціалізації відповідних груп осіб.

3. Стилізований механізм соціалізації – діє у рамках субкультури й впливає на конкретну особу в тій мірі, в якій вона референтна саме для неї.

4. Міжособовий механізм соціалізації – перенесення завдяки емпатії, ідентифікації тощо, який функціонує в процесі взаємодії людини зі значущими для нього людьми (батьки, улюблений учитель, шанований дорослий або колеги по службі, друзі-однолітки своєї чи протилежної статі).

5. Рефлексивний механізм соціалізації – внутрішній діалог, в якому людина формується і модернізується в результаті усвідомлення і переживання нею тієї реальності.

Дубовик К. вважає, що соціальна адаптація «протікає» за допомогою нижче наведених механізмів, хоча, радше за все, мова йде не про «механізми», а про «способи» втілення цього процесу:

- наслідування – свідоме/несвідоме «копіювання» моделі поведінки інших (кращих) людей;

- ідентифікація – ототожнення індивіда, групи, ситуації, явища поведінки з іншими людьми, групами, ситуаціями, явищами, що дозволяє засвоювати різноманітні норми, стосунки, форми поведінки, які властиві оточенню;

- соціальна фасилітація – стимулюючий вплив одних осіб на діяльність інших, унаслідок чого діяльність останніх стає більш вільною, інтенсивною та плідною;

- конформність – зовнішня згода, але внутрішня розбіжність індивіда з навколишніми людьми, що реалізується в поведінці [25];

- навіювання (аутогенне тренування) – неусвідомлене відтворення внутрішнього досвіду, думок, почуттів і психічних станів людей, з власного оточення [4; 25];

- естетотерапія – лікування прекрасним (передбачає застосування бібліотерапії, музикотерапії...);

- наркопсихотерапія – поєднання словесного навіювання на тлі неповного наркозу;

- натурпсихотерапія (ландшафтотерапія) – використання оздоровчого впливу навколишнього природного середовища, що є своєрідним «фоном» для психотерапії, яка неможлива без інформації, переданої промовою;

- раціональна психотерапія;

- самонавіяння (саморегуляція);

- суггестивна психотерапія – здійснення емоційного впливу на психіку військовослужбовця;

– трудотерапія [4].

Процес соціалізації досить умовно розділяють на такі основні складові:

1. Стихійна соціалізація – протікає у взаємодії і під впливом об'єктивних обставин життя суспільства. Її зміст, характер і результати визначаються соціальними, економічними та соціокультурними чинниками.

2. Відносно керована соціалізація, за якої держава здійснює певні заходи (економічного, законодавчого, організаційного, ідеологічного та ін. характеру), спрямовані на вирішення завдань, що впливають на життєвий шлях і розвиток тих чи інших вікових, соціально-професійних груп населення.

3. Відносно соціально контрольована соціалізація, яка означає створення суспільством і державою належних умов для розвитку людини та її виховання.

4. Свідоме самозмінення людини (самосоціалізація і самовиховання), яке відповідно до індивідуальних ресурсів, можливостей і умов життя може мати дві спрямованості: просоціальну і асоціальну [25].

Ресоціалізація (лат. *socialis* – суспільний; франц. *resocialisation* – поновлення/повторення, і *socialisation* – усупільнення) витлумачується науковцями як відновлення здатності (властивостей), валідності індивіда [4]; комплекс соціально-психологічних і реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення та набуття навичок, необхідних для поліпшення якості життя, повноцінного включення в соціальне життя [40]; виховний і психокорекційний вплив на осіб, які погано пристосовані до суспільного середовища [74]; процес підготовки до повернення в суспільство, що ґрунтується на відновленні позитивних зв'язків, відносин і розвитку у особи соціально корисних умінь і навичок, необхідних для повноцінного існування в суспільстві [11]; цілеспрямована організована переорієнтація особи в морально-ціннісній і поведінковій сферах, сприяюча формуванню соціально-цінних орієнтації і норм поведінки [25]; процес повторної соціалізації в нових, змінених соціальних умовах та обставинах з метою реінтеграції (повторної інтеграції) особистості в суспільство [28].

Тобто ресоціалізація, як своєрідний феномен, розглядається науковцями у декількох проявах: мета, процес і результат специфічної діяльності [29].

Специфічною формою здійснення ресоціалізації **учасників військових дій є соціальна реабілітація** – попередження та подолання відхилень у фізіологічному здоров'ї учасників військових дій, адаптацією та інтеграцією військовослужбовців до нових умов життєдіяльності [8].

Варто звернути увагу, що у перші дні проведення військових дій бойову психічну травму (далі – БПТ) отримують 60–65 % військовослужбовців [10]. Учасники військових дій, особливо ті, які зазнали поранень і травм (у т.ч. і психологічних), потребують особливої комплексної соціально-психологічної підтримки починаючи з моменту прийому на військову службу та закінчуючи демобілізацією з подальшою повноцінною соціальною адаптацією. Щоб зберегти психічне здоров'я бійця та після війни інтегрувати його у мирне життя, необхідно відбудувати систему комплексної та довготривалої реабілітації [46].

Предметом ресоціалізації учасників військових дій є відповідні симптоми **посттравматичного розладу** (далі – ПТР):

1. Негативні зміни у переживанні емоцій, уявленнях про себе та навколишній світ.
2. Симптоми уникнення стимулів, що нагадують про травматичну подію; заціпеніння; схильність до ізоляції; «прогалини» в пам'яті; зловживання, що завдають додаткову шкоду (алкоголь, наркотики, «надлишкові» медикаменти).
3. Симптоми повторного переживання (сильні небажані спогади).
4. Підвищене збудження, нездатність розслабитися [41].
5. Вторинні ознаки (страхи, соматоформні та психосоматичні розлади, залежності, дисоціативні розлади, депресія, болі різного походження).
6. Схильність до спроб суїциду та думок про можливість таких дій.
7. Сексуальні дисфункції та проблеми в родині.

Учасники військових дій можуть мати різний статус фізичної/психічної активності:

- можуть ходити самостійно, не обмежені у спілкуванні;
- прикуті до ліжка в стаціонарі; обмежені у рухах;
- знаходяться у реанімації, обмежені у самостійному здійсненні фізіологічних функцій, рухах, пересуванні, спілкуванні, можуть перебувати у комі, без свідомості;
- можуть пересуватись на милицях чи візочку – мають певну міру самостійності пересування, вибору форм спілкування;
- приходять тільки на процедури денного стаціонару, реабілітацію, мають можливість постійно перебувати з родиною; спілкування з психологом потребує додаткових організаційних домовленостей;
- перебувають поза шпиталем; спілкування з психологом потребує окремих організаційних домовленостей.

При цьому фахівці здебільшого стикаються з додатковими труднощами організаційного характеру [67].

Виділяють наступні види соціалізації/ресоціалізації:

- **морально-правова** – соціально-психологічний процес включення в ціннісно-нормативну систему особистості тих цінностей і норм, що охороняються правом і відповідають морально-правовим уявленням суспільства [75];
- **психологічна** – комплекс заходів, спрямованих на таке: сприяння адаптації особового складу до екстремальної ситуації; профілактика психічних розладів, зумовлених перебуванням військовослужбовців у зоні бойових дій; покращання фізичного, психічного і соціального здоров'я учасників військових дій, що спричинили відповідні його розлади (зокрема, тілесний біль і душевні страждання) [82]; зняття психоемоційного напруження, дратівливості та страху за допомогою застосування комплексних впливів (медичних, біологічних, психотерапевтичних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних); виховання у військовослужбовців необхідних вольових якостей; формування в особового складу чітких уявлень про фактори ризику й усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення; встановлення характеру і міри важливості нервово-

психологічних розладів, визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування військовослужбовцями на отриману психічну травму й вироблення реабілітаційних заходів; оптимальний дозвіл психотравмуючої ситуації, відновлення соціального статусу, адаптація осіб до нових умов зовнішнього середовища [4];

– **духовно-психологічна реабілітація** – система духовних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення духовних, психічних і фізичних сил, корекцію/компенсацію порушень духовних станів, психічних функцій, особистісного статусу учасників військових дій; передбачає зустріч із психологом і/та капеланом, який бесідує з учасником військових дій (може сповідати його), читає відповідні молитви [45];

– **соціально-психологічна** – частина загального реабілітаційного комплексу, знаходиться в тісному зв'язку з медичною реабілітацією, доповнює її, але не прирівнюється до неї; спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, працездатності, соціальної активності;

– **медико-психологічна** – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямована на збереження здоров'я постраждалих військовослужбовців, зниження частоти та важкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових синдромів і хронічних психопатологічних змін особистості ветерана, має превентивну, клінічну, функціональну та психологічну форми; означені заходи проводять фахівці (психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення, за необхідністю – волонтери, представники духовенства); важлива організація реабілітаційних центрів для військовослужбовців, у яких вони зможуть отримати психотерапевтичні, психокорекційні заходи, взяти участь у різноманітних тренінгах, за необхідності отримати фізичну реабілітацію, мати можливість займатися різноманітними фізичними активностями, повноцінно й різноманітно харчуватися, за необхідності – отримувати необхідну фармакотерапію;

– **клінічна** – комплекс заходів, які передбачають своєчасну та точну діагностику, відновлення й розвиток фізіологічних функцій постраждалого [68], як-от: необхідна психологічна/психіатрична допомога у стаціонарі вже під час лікування травми/поранення (тож необхідним є наявність штатного психіатра/психолога у кожній лікарні терапевтичного, хірургічного профілю); за необхідності треба забезпечити лікування пацієнта в умовах психіатричного стаціонару для ефективної діагностики та лікування гострих станів (тож необхідно забезпечення достатньою кількістю спеціалістів медичної галузі, психіатричних відділень лікарень, бажано – у місцях значно віддалених від лінії фронту задля більш швидкого та ефективного лікування);

– **функціональна (фізична)** – комплексне застосування фізичних вправ і природних факторів, а також засобів профілактики та лікування задля відновлення здоров'я постраждалих [4].

Соціальна реабілітація учасників військових дій має кілька основних (практичних) аспектів:

- комплексне лікування хворого задля відновлення його здоров'я;
- відновлення трудових, побутових навичок та елементів самообслуговування;
- дана реабілітація пов'язана із працевлаштуванням, матеріально-побутовим забезпеченням, поверненням до трудової діяльності [8].

Основні методи соціальної реабілітації (працетерапія, зміни у статусі, групова терапія, кризова інтервенція) знайшли своє відображення у сучасних підходах соціальної реабілітації учасників бойових дій:

1. Професійна орієнтація і працевлаштування. Передбачає проведення соціальними працівниками профорієнтаційних співбесід, семінарів, тренінгів та інших просвітницьких заходів для учасників бойових дій, які стали інвалідами, з метою надання їм інформації про можливі варіанти професійної зайнятості для осіб, що мають подібні фізіологічні дисфункції, надання допомоги в пошуку роботи або в започаткуванні власної справи тощо. Усе це сприяє переключенню уваги військовослужбовців з власних фізіологічних проблем на

професійну зайнятість; інтеграції учасників бойових дій в соціум; знаходженню нового сенсу життя в сфері професійного розвитку.

2. Клуби за інтересами. Головним завданням в процесі організації клубів за інтересами для учасників бойових дій є створення системи заходів, які б сприяли переключенню уваги військовослужбовців з власних фізіологічних проблем на певний вид діяльності (читання віршів, книг, малювання картин, перегляд відеофільмів, участь у спеціально організованому хоровому колективі для інвалідів війни тощо). Саме в клубах за інтересами військовослужбовці можуть знайти однодумців, товаришів та реалізувати свій потенціал у тому чи іншому виді творчої діяльності.

3. Групи самопомоги мають за мету збереження миру й злагоди в сім'ях воїнів, запобігання розлученням, конфліктам в родині та з найближчим оточенням, знаходження можливих методів і засобів відновлення або компенсації втрачених фізіологічних функцій організму.

4. Заняття фізичною культурою, адаптивними видами спорту, рекреаційними іграми та забави, розробленими із застосуванням спеціальних фізичних вправ для відновлення здоров'я військовослужбовців, компенсації втрачених функціональних можливостей та розкриття резервів їхнього організму [35].

На початкових етапах реабілітаційні застосовуються такі заходи:

1. Індивідуальна консультування/бесіди з актуальних питань, щодо опрацювання травматичного досвіду, терапевтичні зустрічі.

2. Сімейне консультування на рівні всієї родини.

3. Тренінги з розвитку життєвих навичок можуть включати різні тематики, корисні для таких осіб для їхньої подальшої адаптації.

4. Групи взаємодопомоги і взаємної підтримки створюються за ініціативи та участі активних членів спілок ветеранів учасників бойових дій за місцем проживання таких осіб.

5. Залучення до програм допомоги колишніх учасників військових дій, які успішно впоралися з подібними кризовими ситуаціями.

6. Психокорекційні групи – це метод втручання найбільш актуальний на початковому етапі кризи, поки ще «свіжа» травма, а означені особи залишаються «розгубленими» [66].

Соціальна реабілітація учасників бойових дій, які стали інвалідами під час виконання службових обов'язків, здійснюється у рамках реалізації політики соціального захисту інвалідів України.

Складовими загального процесу соціальної реабілітації учасників бойових дій, які стали інвалідами під час виконання службових обов'язків є наступні її різновиди: медична, педагогічна, психологічна, професійна, фізична. Комплексна реалізація всіх раніше зазначених різновидів цього процесу допоможе забезпечити досягнення мети соціальної реабілітації, а саме повернення особистості до суспільно корисної діяльності, формування позитивного ставлення до життя, праці, навчання [8].

Після закінчення перебування у реабілітаційному центрі військовий повинен мати доступ до психотерапевтичної допомоги до того моменту, поки його стан не стабілізується. Найраціональнішою є організація ветеранських психотерапевтичних груп, але у особливих випадках у кожного військовослужбовця повинен бути доступ і до індивідуальної психотерапії.

Особливої **соціальної реабілітації** потребує майже кожен військовослужбовець після демобілізації. Основним завданням після повернення додому є інтеграція колишнього військового у мирне життя – допомога йому у працевлаштуванні, здобуття нової професії (тож є необхідність у забезпеченні ветеранів пільговим безоплатним навчанням будь-якій професії), важливим також є спрощене отримання пільг і пенсій (можливо у електронному вигляді для запобігання черг і незручностей) для збереження психологічного комфорту. Важливою також є підтримка роботи ветеранських організацій, фінансування служб психологічної допомоги на їх базі.

Усе вищевикладене є зайвим доказом суспільної значущості ресоціалізації учасників військових дій. При цьому успішність цього процесу залежить не лише від умотивованості самих пацієнтів, а й від професіоналізму та

вмотивованості реабілітологів, що потребує наявності не лише дієвих методик реабілітації (а хтось, все ж, має профінансувати їхню розробку та впровадження), а достатнього ресурсного забезпечення (відшкодування витрат, пов'язаних з використанням приміщень, обладнання, медикаментів, витратних матеріалів, харчів; оплата праці лікарів, медичного та обслуговуючого персоналу; формування сприятливого «правового поля»; координація діяльності стейкхолдерів...), що важко уявити без належного **публічного управління** – галузі практики й теорії, яка є ключовою для публічного впливу й зосереджена на внутрішній діяльності уповноважених органів публічної влади [6], чия діяльність спрямовано на «пом'якшення» протиріч між учасниками цього процесу.

Отож, зважаючи на її суспільну значущість, реабілітація учасників військових дій є специфічним об'єктом публічного управління.

1.2 Механізми публічного управління ресоціалізацією учасників військових дій

Запорукою успішної реабілітації учасників військових дій є зважене використання наявних **механізмів публічного управління** – спосіб дій органів публічної влади, що ґрунтується на основних принципах, функціональній визначеності об'єднаних єдиною метою як існуючих, так й інноваційних засобів, форм і методів, за допомогою яких здійснюється регулятивний вплив суб'єкта на об'єкт у напрямі узгодження їх інтересів щодо забезпечення ресоціалізації учасників військових дій [22; 73].

Залежно від їх специфіки, означені механізми поділяються на такі:

– механізм залучення додаткових ресурсів для реалізації проєктів, спрямованих на ресоціалізацію учасників військових дій, який ґрунтується на використанні бюджетних і позабюджетних грантів, громадського впливу та візуалізації як засобів регуляторного впливу держави на цей процес;

– механізм міжвідомчої взаємодії державних і громадських суб'єктів – у частині комплексного вирішування проблемних питань учасників військових дій, усунення ймовірних причин наявних у них проблем, захисту їх прав та інтересів, профілактики антисоціальних явищ, що забезпечить цілісність, безперервність, своєчасність здійснення ресоціалізації на всіх її етапах;

– нормативно-правовий та організаційний механізми щодо забезпечення міжвідомчої взаємодії суб'єктів, причетних до здійснення ресоціалізації різних категорій учасників військових дій, яка відбуватиметься на державному, регіональному, місцевому та індивідуальному рівнях, у т.ч. й усунення дублювання їх функцій, завдяки внесенню відповідних змін до нормативно-правових актів, що регламентують діяльність таких суб'єктів [73].

В механізмі публічного управління реабілітацією учасників військових дій виділяються такі функціональні блоки: організаційний, нормативно-правовий, методичний, інформаційний [37], що дозволяє провести дослідження й подальший аналіз кожного блоку на відповідність і несуперечність функціонуванню всієї сфери охорони здоров'я у рамках цього механізму [19].

Означений механізм публічного управління складаються з традиційних елементів, серед яких мета та завдання, принципи, методи та засоби впливу, нормативно-правове та інституціональне забезпечення.

Метою публічного управління реабілітацією учасників військових дій є «пом'якшення» процесу повернення таких осіб до цивільного (післявоєнного) життя.

Завдання публічного управління реабілітацією учасників військових дій:

– консолідація зусиль і доступних ресурсів уповноважених органів публічного управління, громадських організацій, учасників військових дій та їхніх родичів на організацію і забезпечення діяльності реабілітаційних центрів;

– виявлення серед комбатантів і демобілізованих учасників військових дій, які потребують реабілітації;

– підготовка та залучення фахівців різного профілю задля забезпечення реабілітації учасників військових дій;

– розробка та реалізація цільових програм, а також використання сучасних технологій, спрямованих на реабілітацію учасників військових дій;

Принципи публічного управління у цій сфері поділяються на:

1. Загальні:

– використання провідного світового досвіду як у сфері адміністрування суспільних процесів;

– ефективності/результативності;

– прозорості;

– простоти;

– публічності [45];

2. Специфічні;

– встановлення рівня боєздатності та об'єктивних характеристик переваги й асенізації [3; 57];

– використання потенціалу самоорганізації ветеранів і фахівців;

– використання провідного світового досвіду у сфері надання реабілітаційних послуг учасникам військових дій;

– персоналізований підхід до учасників військових дій [45].

Публічне управління реабілітацією учасників військових дій здійснюється за допомогою відповідних методів впливу, які за способом впливу поділяються на адміністративні, економічні, нормативно-правові, організаційні та соціально-психологічні.

Адміністративні методи – способи примусу суб'єктів господарювання шляхом прямого встановлення їх обов'язків, наказу, який спирається на владні повноваження та стан підпорядкування [1].

Економічні методи – непрямі способи впливу на поведінку об'єктів [18]. Застосування цих методів означає утворення таких економічних умов, що викликають зацікавленість у виконанні певних дій, у підвищенні кінцевих результатів. Тут не приписується прямо, що і як треба робити [30].

Нормативно-правові методи ґрунтуються на розробці та виданні юридичних норм, які впорядковують відносини між суб'єктами та об'єктами

публічного управління. Застосування цих методів забезпечує захист прав та інтересів учасників військових дій [73].

Організаційні методи узгоджують інтереси суб'єктів й об'єктів у процесі їх взаємодії за допомогою таких форм регуляторного впливу:

- визначення процедури участі суб'єктів й об'єктів у тих чи інших заходах щодо здійснення ресоціалізації учасників військових дій;
- залучення до ресоціалізації на кожному з етапів необхідних суб'єктів (державних і громадських інституцій), а також необхідних для цього ресурсів;
- координація й контроль щодо здійснення міжвідомчої діяльності всіх суб'єктів, реалізації програм (планів); моніторинг отриманих результатів;
- проведення взаємних звірок щодо обліку учасників військових дій; створення необхідних і достатніх умов для ресоціалізації учасників військових дій за допомогою визначених законодавством засобів, а також реалізації соціально-реабілітаційних програм, соціального патронажу (супроводу);
- розробка різного роду методичних рекомендацій, програм і планів (у т.ч. й індивідуальних), щодо ресоціалізації учасників військових дій, що ґрунтуються на результатах глибокого вивчення їх особистості, а також з урахуванням причин та умов ймовірної асоціальної поведінки учасників військових дій, передбаченням відповідної корекції особистості;
- сприяння укладанню угод (договорів) про співпрацю; надання необхідних консультацій, соціальних-педагогічних, психологічних, медичних, юридичних, реабілітаційних й інших видів послуг учасникам військових дій, здійснення взаємообміну інформацією між стейхолдерами процесу ресоціалізації [21].

Соціально-психологічні методи передбачають нейтралізацію певної деформації свідомості учасників військових дій; розвиток у таких осіб почуттів гідності, відповідальності та суспільної значущості тощо; сприяють формуванню в суспільстві толерантного й неупередженого ставлення до учасників військових дій, що сприятиме успішній їх ресоціалізації. Реалізуються за допомогою таких форм регуляторного впливу:

– *соціальних* – формування та переорієнтація особистості, сприяння її гармонійному розвитку, саморозвитку і самореалізації в інтересах суспільства, налагодження його соціально корисних зв'язків, позитивна ресоціалізація в суспільстві;

– *психологічних* – психокорекційний вплив на свідомість учасників військових дій, засвоєних норм поведінки, цінностей, нейтралізація десоціалізаційного впливу на особистість;

– *морально-етичних* – формування просоціальних ціннісних орієнтирів, зміна системи ідейних, моральних, правових переконань учасників військових дій, відповідно до прийнятих у суспільстві норм і цінностей, а також подальшого їх відновлення, збереження чи первинного засвоєння (моральне стимулювання, етичне виховання, переконання, роз'яснення) [73].

Належна реабілітація учасників військових дій потребує відповідного **інституціонального забезпечення** – сукупності уповноважених органів публічної влади, громадських організацій, суб'єктів господарювання й інших осіб, які у межах власних та/чи делегованих функцій прямо чи опосередковано залучені до реабілітації учасників військових дій. Означені інституції, залежно від їхнього статусу та специфіки діяльності, поділяються на такі групи:

1. Органи державного управління:

– **Офіс Президента України** – у грудні 2016 р. запроваджено посаду Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників антитерористичної операції (далі – АТО), які одержали поранення, контузію, каліцтво чи інші захворювання [64].

– **Міністерство у справах ветеранів** (упродовж 2014–2019 рр. – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції (далі – Держслужба ветеранів АТО), у складі якої функціонував Відділ соціальної, професійної адаптації та психологічної реабілітації [67]).

– **Міністерство соціальної політики України** (далі – Мінсоцполітики) – причетне до розробки та реалізації національної програми щодо реабілітації учасників військових дій; у рамках співробітництва Україна-НАТО створено

Трастовий фонд з медичної реабілітації (протезування) військовослужбовців, поранених в АТО, а також реалізовано міжнародний проєкт «Повернення до життя» [42].

– [Національна служба здоров'я України](#) (далі – НСЗУ) безпосередньо виконує функції єдиного національного замовника медичних послуг і лікарських засобів, забезпечує цільове використання бюджетних коштів і контролює добросовісне виконання постачальниками договорів про медичне обслуговування населення [79].

– Департамент організації заходів цивільного захисту ДСНС України – здійснює лікувально-профілактичні та санітарно-гігієнічні заходи, медичне постачання, санаторно-курортне лікування і медико-психологічну реабілітацію осіб рядового та начальницького складу ДСНСУ, ветеранів служби цивільного захисту (війни), членів їх сімей [42].

2. Органи місцевого самоврядування.

3. Громадські організації

– більше 380 громадських організацій – допомагають учасникам АТО (зокрема, Всеукраїнська організація інвалідів війни, Збройних сил та учасників бойових дій; Громадська спілка «Вища координаційна рада у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»);

– 11 волонтерських організацій – надає соціальну, психологічну, інформаційну та юридичну допомога родинам воїнів АТО та військовим, які постраждали унаслідок бойових дій («Дем Альянс допомога»; Громадська спілка «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій і волонтерів АТО»); допомогу реабілітаційним центрам, сприяє наданню українським військовослужбовцям спеціалізованої допомоги за кордоном («Кожен Може допомогти») [13]; жертвам домашнього насильства («Ла Страда – Україна» [34]; МГО «Міжнародний Центр Батьківства», Жіночий консорціум України (WCU) [45].

4. Суб'єкти господарювання різної форми власності

– центри психологічної підтримки [65];

- український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (з 2015 р.) – спеціалізована установа, що проводить реабілітацію учасників АТО, а також є координаційним центром в мережі (29) госпіталів ветеранів війни [78];
- міжнародний медичний реабілітаційний центр для жертв воєн і тоталітарних режимів;
- військово-медичні клінічні центри;
- військові шпиталі;
- центри медичної реабілітації Міністерства оборони України [42];
- «Гарячі» лінії;
- Інтернет-платформи для психологічних консультацій [65].

Нормативно-правове забезпечення реабілітації учасників військових дій здійснюється на таких рівнях:

- найвищий (загальнонаціональний) – Конституція України, Закони України, Укази Президента України, Постанови Верховної Ради України, Постанови й Розпорядження Кабінету Міністрів України;
- центральний – відомчі та міжвідомчі підзаконні нормативно-правові акти, накази;
- територіальний – розпорядження/рішення, що видаються/приймаються уповноваженими місцевими органами державного управління й органами місцевого самоврядування, порядки та угоди про міжвідомчу взаємодію;
- локальний – нормативні акти (регламенти, положення, інструкції тощо), які впорядковують внутрішню організаційну діяльність конкретного органу публічного управління [38];
- ратифіковані міжнародні та міждержавні нормативні акти (конвенції, договори, меморандуми).

Зупинимося на окремих положення найбільш значущих нормативно-правових актів, що пов'язані з даною проблематикою:

- Конституція України (1996 р.) – гарантовано, що ніхто не може бути підданий жорстокому, нелюдському або принизливому для гідності поводженню, покаранню чи катуванню [31].

– Закон України (1991 р.) – визначено основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців і встановлено єдину систему їх соціального та правового захисту, надаючи військовослужбовцям і членам їх сімей комплекс державних соціально-правових гарантій [62].

– Наказ Міністерства оборони України (2004 р.) – затверджено довгострокову програму медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України (далі – ЗСУ).

– Наказ Міністерства оборони України (2011 р.) – затверджено інструкцію щодо порядку санаторно-курортного забезпечення у ЗСУ [7].

– Наказ командувача внутрішніх військ МВС України (2012 р.) – активовано розвиток психологічної служби, що передбачало психологічну реадаптації військових-учасників АТО [61]. При цьому лише з 2017 р. фактично започатковано створення єдиної системної організації психологічної реабілітації таких осіб [15].

– Наказ командувача Національної гвардії України (2014 р.) – покликаний вирішити проблему реадаптації учасників АТО [48].

– Закон України (2015 р.) – конкретизовано перелік додаткових заходів щодо соціального захисту учасників АТО [7].

– Указ Президента України (2015 р.) – визначено перелік додаткових заходів, спрямованих на соціальний захист учасників АТО [49].

– Постанова Кабінету Міністрів України (2015 р.) – затверджено положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України [56];

– Розпорядження Кабінету Міністрів України (2015 р.) – затверджено план заходів, спрямованих на забезпечення медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО [53].

– Наказ Міністерства соціальної політики України (2015 р.) – затверджено Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО [55].

– Наказ Міністерства оборони України (2015 р.) – затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, які брали

участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [57].

– Наказ Міністерства оборони України (2015 р.) – затверджено переліків медичних показань і протипоказань до санаторного лікування та медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах ЗСУ [52].

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України (2015 р.) – затверджено план заходів, спрямованих на медичну, психологічну, професійну реабілітацію та соціальну адаптацію учасників АТО [54].

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України (2016 р.) – затверджено й впроваджено протоколи стандартизації медичної допомоги при ПТР [50], але не враховує інші психологічні проблеми учасників АТО [2].

– Закон України (2017 р.) – затверджено статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту [7].

– Постанова Кабінету Міністрів України (2017 р.) – затверджено порядок використання коштів, передбачених у держбюджеті для здійснення заходів, спрямованих на психологічну реабілітацію постраждалих учасників АТО та постраждалих учасників Революції Гідності [59].

– Постанова Кабінету Міністрів України (2017 р.) – затверджено порядок проведення психологічної реабілітації учасників АТО та постраждалих учасників Революції Гідності [60].

– Розпорядження Кабінету Міністрів України (2017 р.) – схвалено Концепцію Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників АТО на період до 2022 року [63].

– Наказ Міністерства оборони України (2018 р.) – затверджено інструкцію щодо організації санаторно-курортного лікування, медико-психологічної та медичної реабілітації у ЗСУ [51].

– Постановою Кабінету міністрів України (2019 р.) регламентовано перелік заходів, спрямованих на соціальний захист осіб (як один з елементів процесу ресоціалізації учасників військових дій), позбавлених свободи

унаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення, здійснюються у такій послідовності:

1) організація зустрічі звільнених осіб і забезпечення їх супроводу до закладів охорони здоров'я;

2) забезпечення надання медичної допомоги звільненим особам, а також забезпечення медико-психологічною реабілітацією, що включає комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних і оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності звільнених осіб;

3) організація роботи з оформлення й видачі відновленого «внутрішнього» та «закордонного» паспорта громадянина України;

4) надання матеріальної допомоги;

5) організація надання безоплатної правової допомоги;

6) надання звільненим особам психологічної реабілітації, організація заходів по соціальній чи професійній адаптації за місцем проживання [20].

Зрештою слід зазначити, що в Україні сформовано комплекс механізмів, а з тим – методів і засобів публічного управління, спрямованих на ресоціалізацію учасників військових дій.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

2.1 Реагування учасників військових дій на процес ресоціалізації як передумова вибору кращих її технологій та засобів публічного управління

Для релевантного оцінювання особливостей їхнього реагування на процес ресоціалізації, учасників військових дій розподілено на такі групи, за такими ознаками:

1. Статус учасників цього процесу:

- військовослужбовці, звільнені у запас або у відставку;
- учасники активних військових дій;
- військовослужбовці, які перебували у полоні.

2. Форми «відхилень» стану здоров'я учасників цього процесу:

- інвалідність;
- поранення;
- бойові травми;
- психологічні травми.

3. Моделі поведінки учасників цього процесу:

- агресивність у взаємовідносинах з оточуючими (у т.ч. з родиною);
- суїцид альні настрої;
- зловживання ліками;
- вживання алкоголю;
- вживання наркотиків.

4. Наявний адаптаційний (ресоціалізаційний) потенціал осіб – учасників цього процесу:

- високий;
- середній;

- низький;
- дуже низький.

5. Пріоритет у власній мотивації до участі у процесі ресоціалізації:

- особисті цілі;
- родина;
- побратими;
- захист Батьківщини ...

Учасники військових дій, які проходили ресоціалізацію, збиралися двічі на тиждень протягом перших шести місяців та один раз на тиждень – протягом наступних шести місяців. Після проведення контрольних вимірів показників їхнього адаптаційного потенціалу, учасники були розподілено на групи, але ті продовжували взаємну підтримку. Надалі соціальні працівники скеровували цю роботу у недирективному стилі. Зокрема, для зустрічі учасникам раз на місяць надається приміщення у Центрі психічного здоров'я, а соціальний працівник допомагає у складенні плану роботи підгруп і програми кожного заняття.

Аналіз результатів цього процесу показав, що в експериментальній групі відбулися позитивні зміни за параметром «самооцінка». Так, у групі чоловіків з середнім рівнем адаптаційного потенціалу стало більше тих, хто мали більш адекватну самооцінку (передусім, за рахунок звільнених у запас та учасників бойових дій). Навіть ті, хто мали низький адаптаційний потенціал, все ж показали помірну позитивну динаміку самооцінки (переважно за рахунок осіб, які позбулися алкогольної залежності та учасників бойових дій), а також знизилася кількість осіб з нестійкою та неадекватно завищеною самооцінкою (за рахунок осіб, які повернулися з місць позбавлення волі та колишніх наркоманів). У досліджуваних з дуже низьким адаптаційним потенціалом самооцінка практично не змінилася. Відображенням успішності програми реадаптації стало зближення показників по актуальному та реальному «Я». Серед досліджуваних з дуже низьким рівнем адаптаційного потенціалу знизилася кількість осіб з крайнім ступенем екстернальності. Адекватну

самооцінку «до» і «після» формувального експерименту виявили 15,2 і 17,8 % досліджуваних, неадекватну і нестійку – 52,6 і 46,4 % [27].

Аналіз змін показників емоційно-вольової складової адаптаційного потенціалу досліджуваних груп показав, що відбулося зниження показників агресивності (за виключенням, найпроблемніших груп осіб), що свідчить про домінування стриманості у поведінці та підвищення контролю за власною агресивністю. Враховуючи підвищення показника емоційної стійкості таких осіб, можна констатувати підвищення індикатора ефективності адаптації. Отже, ці показники найбільш чутливі до психокорекційної роботи й тут криються значні ресурси для підвищення рівня соціальної адаптації досліджуваних.

Вплив розробленої системи психокорекційних заходів сприяв підвищенню «коефіцієнта соціальної адаптації» (далі – CGR) досліджуваних експериментальної групи, а у осіб з середнім рівнем адаптаційного потенціалу цей показник наблизився до нормативних даних і склав 51 ± 2 %. Корекційний вплив виявився більш значущим для досліджуваних з середнім і низьким рівнем адаптаційного потенціалу. Це пояснюється тим, що у цій групі був високий відсоток досліджуваних (9,4 % осіб) зі збудливим та епілептоїдним типом акцентуацій характеру, та 3,3 % осіб зі збудливою психопатією. Що стосується контрольної групи, то такої динаміки не спостерігалось: кількість досліджуваних з високою агресивністю знизилася з 56,3 до 51,8 %, з високою фрустраційною напруженістю – з 66,9 до 61,6 %. Індикатор ефективності адаптації та коефіцієнт соціальної адаптації за результатами 1-го та 2-го зрізів залишилися майже без змін.

При цьому ключовим фактором, що забезпечував позитивні зміни в ресоціалізації учасників військових дій, стала саме соціальна підтримка таких осіб. При цьому зріс (у т.ч. за рахунок розширення соціальної мережі підтримки) зріс загальний показник ($81,6 \pm 3,2$) інструментальної та емоційної підтримки. Так, більшість досліджуваних працевлаштувалася, у них покращились взаємозв'язки з безпосереднім оточенням, розширилося коло друзів, налагодились або відновилися стосунки з родичами, деякі чоловіки

створили сім'ю. У досліджуваних з дуже низьким рівнем адаптаційного потенціалу підвищились показники емоційної підтримки, тим самим забезпечивши загальний рівень задоволеності соціальною підтримкою. Однак, рівень інструментальної підтримки (побутові умови, робота, речі, гроші) соціально дезадаптованих осіб з дуже низьким адаптаційним потенціалом значуще не підвищився. При цьому однією з найбільших перепон стали соціально-психологічні особливості таких осіб (зокрема, їм вкрай важко знайти спільну мову з оточуючими) [27].

Кількість осіб, у яких виявилися значущі позитивні зміни по інтраперсональних складових адаптаційного потенціалу і які позбулися ознак соціальної дезадаптації, зросла за рахунок досліджуваних, звільнених у запас або у відставку, які мали середній рівень адаптаційного потенціалу. Це пояснюється, насамперед, достатньо розвинутою мережею (ресурсами) підтримки, наявністю не тільки психологічної та інструментальної соціальної підтримки, а й ступенем її задоволенням. Кількість досліджуваних з низьким рівнем адаптаційного потенціалу знизилася за рахунок учасників бойових дій та осіб, які позбулися залежності від алкоголю. Це пов'язано з суттєвим покращанням показників їх адаптаційного потенціалу за рахунок створення в ході групових занять атмосфери прийняття, емоційної близькості, відкритості, довіри. Вони відчули себе потрібними, цікавими для інших, що, в свою чергу, стимулювало до підвищення самооцінки досліджуваних. Меншою мірою відбулося покращання показників по інтраперсональних та інтерперсональних складових адаптаційного потенціалу досліджуваних з дуже низьким адаптаційним потенціалом, які повернулися з місць позбавлення волі та осіб, які перебувають у стадії ремісії від вживання наркотичних речовин. Це пов'язано як з особистісними особливостями цих досліджуваних, і, у першу чергу, з наявністю психопатій, так і з відсутністю інструментальної підтримки. Попри те, що у ході групових занять намагалися надати емоційну підтримку цим досліджуваним, забезпечити інструментальну підтримку, якої вони були позбавлені, у межах дослідження не було реальної можливості. Саме

досліджувані з дуже низьким адаптаційним потенціалом потребують спеціальних умов перебування, впровадження постреадаптаційних заходів, орієнтованих на тривалу роботу, та соціальний супровід не менше 5 років.

Досліджувані з тотальною мірою соціальної дезадаптації притаманна пасивно-оборонна психологічна позиція, потреба відстоювати власні установки, ригідність, агресивність тощо. При цьому вони дедалі більше відгороджуються від неприємних ситуацій, прагнуть емоційної незалежності, уникають збудження, стримано ставляться до обмежень і труднощів.

За сумою відповідей по категоріях «агресія» та «вказівка», соціально адаптовані особи (26,1 %) мають виражену стриманість у поведінці, контроль агресивних тенденцій. Натомість, у осіб з частковою соціальною адаптацією є тенденція до підвищення рівня агресивності. При цьому у 17,4 % осіб з тотальним ступенем дезадаптації виявлене зростання агресивних домінант поведінки на їх стримування; 9,4 % досліджуваних з деструктивним ступенем соціальної дезадаптації зберігають високий ступінь ворожості та ігнорування соціальної кооперації.

Вивчення специфіки спрямованості реакції на ситуацію фрустрації у соціально адаптованих досліджуваних виявило перевагу інтрапунітивних реакцій, а за типом реакції (у 18,4 % осіб) – необхідно-наполегливі з бажанням і можливістю знайти конструктивне вирішення конфлікту завдяки прийняттю на себе відповідальності за її вирішення. У 10,9 % досліджуваних з частковою соціальною адаптацією за спрямованістю реакцій переважають екстрапунітивні та інропунітивні, а за типом реакції (у 16,9 % осіб) – реакції з фіксацією на перешкоді. Не залежно від їх виду (несприятливі, сприятливі, незначні), які викликають фрустрацію, соціально адаптовані особи акцентуються на наявних перешкодах ресоціалізації. У 19,7 % осіб переважають перешкоджаюче-домінантні реакції, що вірогідно вище порівняно з соціально адаптованими чоловіками. Дослідження фрустраційної толерантності осіб з деструктивним ступенем соціальної дезадаптації показало, що за спрямованістю реакцій на фрустрацію, тобто переважає екстрапунітивна спрямованість реакцій (у 7,5 %

осіб) за рахунок значного зниження інтропунітивних реакцій, які виявилася лише у 1,3 % випадків. За типом реакцій по цій групі у 7,9 % випадків переважають реакції з фіксацією на самозахисті, що свідчить про активність у формі звинувачення оточуючих, заперечення чи не визнання своєї провини, спрямованість на захист свого Я і вказує на слабку, вразливу особу.

Отже, коефіцієнт соціальної адаптації GCR у групі соціально адаптованих досліджуваних становить $55 \pm 4,5$ % і відповідає нормативним даним. У досліджуваних з частковою соціальною адаптацією коефіцієнт GCR дорівнював $45 \pm 3,5$ %, тобто був зниженим, але порівняно з іншими групами соціально дезадаптованих досліджуваних, був вищим. У осіб з тотальною мірою соціальної дезадаптації цей показник виявився зниженим майже вдвічі – $32 \pm 4,6$ %, що вказує на недостатню ресоціалізацію (адаптацію до свого соціального оточення). У досліджуваних з деструктивною мірою соціальної дезадаптації дуже низький коефіцієнт GCR ($23 \pm 3,5$ %) додатково свідчить про несприятливий прогноз соціальної реадaptaції цих досліджуваних.

Вивчення співвідношення показників фрустраційної напруженості та емоційної стійкості надало можливість визначити індикатор ефективності адаптації та встановити статистично значущі відмінності за цим показником між виокремленими групами досліджуваних. Високі показники індикатора ефективності адаптації ($0,45 \pm 0,75$ балів) переважають у 21,1 % соціально адаптованих досліджуваних та у 2,1 % осіб з частковою соціальною адаптацією. Середні показники індикатора ефективності адаптації ($1,15 \pm 0,6$ балів) виявлено у 16,5 % частково адаптованих осіб та у 15,5 % осіб з тотальною мірою дезадаптації. Низькі показники індикатора ефективності адаптації ($3,25 \pm 0,85$ балів) переважають у досліджуваних з тотальною (18,6 % осіб) і деструктивною (10,5 % осіб) мірою соціальної дезадаптації. Означене свідчить про суттєве зниження ефективності/результативності адаптації відповідно до її міри й корелює з коефіцієнтом GCR соціальної адаптації цих досліджуваних.

Коефіцієнт рівня дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері – це співвідношення між рівнем усвідомлення головних життєвих цінностей та

рівнем безпосередньо доступного – важливо враховувати в процесі ресоціалізації, оскільки значимість потреби важливіша за її доступність. Означене обумовлено наявністю конфлікту в мотиваційній сфері відносно головних життєвих цінностей. Диференціація коефіцієнта дезінтеграції за ступенем соціальної адаптації досліджуваних виявила статистично значущі відмінності. У 22,2 % соціально адаптованих досліджуваних та у 2,3 % осіб з частковою соціальною адаптацією цей коефіцієнт становив $33,0 \pm 0,4$ бала, що відповідало нормативним даним і означало задоволення життєвою ситуацією; категорії «цінності» та «доступності» не відрізняються по основних життєвих сферах. У таких досліджуваних, як правило, не виникали ані стійкі внутрішні конфлікти, ані «внутрішні вакууми», які гальмують загальну мотивацію. У 11,7 % досліджуваних з частковою соціальною адаптацією, у 23,6 % осіб з тотальним ступенем та у 2,9 % осіб з деструктивною мірою дезадаптації категорії «цінності» та «доступності» значною мірою відмінні, а середній показник коефіцієнту дезінтеграції становив $48,4 \pm 0,5$ бала, що вказує на стан фрустрації і наявність істотних проблем у досягненні ціннісних об'єктів, які знаходяться в сфері матеріального добробуту, інтимно-особистісних відносин, здоров'я. У 10,5 % досліджуваних з тотальним ступенем дезадаптації та у 9,4 % осіб з деструктивним ступенем соціальної дезадаптації категорії «цінності» та «доступності» повністю розходилися, а відповідний коефіцієнт становив $63,9 \pm 0,2$ балів, при цьому коли цінності домінували над доступністю, у їх досягненні був наявний стійкий, глибокий внутрішній конфлікт, а при зворотному відношенні – стан внутрішнього вакууму, внутрішньої спустошеності, зниження потягів до діяльності.

Вивчення показників динамічного аспекту мотивації показало, що в групі соціально адаптованих досліджуваних більшість (24,1 %) осіб має співвідношення показника мотивації, пов'язаної з надією на успіх та мотивації запобігання невдач, яке відповідає нормативним даним. Неадекватно високі бали мотивації досягнення (більше 14) виявили 4,4 % досліджуваних з частковою соціальною адаптацією, 9,2 % досліджуваних з тотальним ступенем

соціальної дезадаптації та 3,4 % досліджуваних з деструктивною мірою дезадаптації, у яких переважали збудливі риси, агресивність і конфліктність у взаємовідносинах, схильність до ризику, неадекватно висока самооцінка. Навпаки, високі бали показників мотивації запобігання неуспіху притаманні тим, хто відзначається тривожністю, низькою самооцінкою та невпевненістю у собі (відповідно у 3,1 % осіб з частковою адаптацією; у 9,7 % з тотальним та у 4,2 % осіб з деструктивним ступенем дезадаптації). Нульовий показник мотивації запобігання невдачі при підвищених балах мотивації досягнення виявлено у 10,7 % осіб з тотальним та у 2,9 % осіб з деструктивним ступенем дезадаптації, які відзначалися квапливістю прийняття рішень, імпульсивністю, низькою емоційною стійкістю. Низькі показники мотивації досягнення виявлено у 4,4 % досліджуваних з тотальним та у 1,7 % осіб з деструктивним ступенем соціальної дезадаптації при депресивних станах. У групі осіб з частковою соціальною адаптацією такі низькі показники виявлено у 10,2 % осіб з рисами залежності, конформністю та песимістичністю.

Рівень соціальної підтримки у дезадаптованих досліджуваних істотною мірою відрізняється від підтримки соціально адаптованих осіб. У них знижений як рівень емоційної та інструментальної підтримки, так і міра соціальної інтеграції в суспільство, порівняно з соціально адаптованими особами. У осіб з деструктивною мірою соціальної дезадаптації порівняно нижчий як загальний показник соціальної підтримки ($71,5 \pm 4,2$ бала), так і показник задоволеності нею ($4,4 \pm 2,2$ бала). Особи тотальною та деструктивною мірою соціальної дезадаптації мають істотні відмінності за розміром соціальної мережі та кількістю осіб, які входять в ядро мережі; такі особи (порівняно з соціально адаптованими та частково адаптованими) значно менше контактують з родичами. При цьому соціально дезадаптовані особи свідомо обмежують довірчі зв'язки з іншими людьми. Означене обумовлено тим, що дезадаптованим особи складніше, ніж соціально адаптованим надавати емоційну та інструментальну підтримку [27].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що особи (учасники військових дій), які приналежні до різних груп (зокрема, за адаптаційним потенціалом), мають різні успіхи у процесі своєї ресоціалізації, а саме:

– особи з високим адаптаційним потенціалом (23,8 %): мають адекватну самооцінку з тенденцією до завищення, а також значущий позитивний зв'язок між «Я реальним» та «Я ідеальним»; простежується пряма залежність між адаптаційним потенціалом, наявною мережею соціальної підтримки та коефіцієнтом соціальної адаптації, а також між мотиваційними орієнтирами та задоволеністю власним життям; стала і, водночас, доволі гнучка (змінюється під впливом нової інформації, набутого досвіду, оцінок інших людей...) самооцінка цих осіб, яка є оптимальною як для особистісного зростання, так і для професійного розвитку; високі параметри ефективності/результативності адаптації ($0,4 \pm 0,75$ балів) вказує на низьку фрустраційну напругу та високу емоційну стійкість; більшість таких осіб не потребує спеціального корекційного втручання;

– особи з середнім адаптаційним потенціалом (33,9 %): мають здебільшого неадекватну самооцінку, а з тим – низький зв'язок між власними ідеалами та реальними вимірами власного життя; притаманний підвищений рівень агресивності ($1,23 \pm 0,4$ бали); бажання переважають над можливостями їх реалізації; рівень умотивованості щодо досягнення бажаних результатів є порівняно низьким (6 ± 2 бали); низьким (порівняно з нормою $\geq 60\%$) є коефіцієнт соціальної адаптації ($45 \pm 3,5$ %); незначна мережа соціальної підтримки не забезпечувала достатньої емоційної підтримки; середній рівень ефективності/результативності адаптації ($1,05 \pm 0,5$ балів) вказує на середню фрустраційну напругу та вищу за середню емоційну стійкість; підвищення адаптаційного потенціалу таких осіб покращує кінцеві результати ресоціалізації;

– особи з низьким адаптаційним потенціалом (29,5 %): мають неадекватну та нестійку самооцінку, що змінюється за найменших впливів і нечітке, недиференційоване уявлення про своє ідеальне Я та Я реальне; притаманна

нестриманість у поведінці, а також низький контроль агресивності у поведінці; вища за середню фрустраційна напруга та низька емоційна стійкість обумовлює низький рівень ефективності/результативності їх адаптації ($2,01 \pm 0,47$ балів); мають істотні труднощі у досягненні бажаних цілей; наявне порушення міжособистісних стосунків і дефіцит близьких довірливих зв'язків, що значною мірою обмежує розвиток мережі соціальної підтримки та мінімізує рівень емоційної підтримки та соціальної інтеграції;

– особи з дуже низьким адаптаційним потенціалом (12,8 %): мають нестійку та неадекватну самооцінку, а також стійку дезадаптивну поведінку; наявний стійкий, глибокий внутрішній конфлікт, а також стан внутрішнього вакууму, внутрішньої спустошеності, зниження потягу до діяльності; занижена мотивація щодо досягнення позитивних результатів поєднується з максимальною зацікавленістю (8 ± 2 бали) запобігти невдач; потребують спеціальних умов перебування (постійний контроль, зовнішня організація побуту, санкціонована необхідність виконувати соціально корисну працю) та застосування психотерапевтичного впливу.

Більше за те, вищенаведену специфіку учасників військових дій (їхній стан, бажання та можливість долучатися до процесу своєї ресоціалізації слід ураховувати при розробці не лише відповідних програм і розподілу її учасників на групи, а й вибору локацій, залучення необхідних ресурсів (у всьому їх розмаїтті), що, зрештою, потребує зважених публічно-управлінських рішень.

2.2 Потреба у ресоціалізації учасників військових дій та передумови вдосконалення публічного управління у цій сфері

У сучасній історії України реальна потреба у осяжних масштабах ресоціалізації учасників військових дій стала предметом суспільного обговорення, а з тим і належного публічного управління, лише після тимчасової окупації значної частини території Донецької та Луганської областей (2014 р. і

донині), що набуло статусу АТО/ООС. Інтенсивність бойових дій (спочатку інтенсивну, згодом – «помірну») обумовлювала необхідність залучення до цього процесу відповідної чисельності як кадрових військових, так і добровольців. Загалом вважається, що загальна чисельність осіб, які стали активними учасниками АТО/ООС обчислюється сотнями тисяч. При цьому практично усі з них зазнали психологічних травм (через участь у жорстких бойових зіткненнях з ризиком для власного здоров'я та життя, втрату побратимів), поранень і бойових травм (частина з яких стала приводом визнати таких осіб інвалідами, а чимало – потребували протезування тощо).

Станом на 29 березня 2018 р., в Україні статус учасника військових дій набуло 329488 осіб, 8489 із них мають каліцтва і поранення, 3784 військовослужбовців загинули [9]. Характерно, що за перші чотири роки війни на Донбасі небойові (не в результаті бойових дій) втрати склали близько 14 тис. осіб, у т.ч. 11487 – безповоротні (тобто, загиблі), з них 891 випадок – хвороби. При цьому на окрему увагу заслуговує той факт, що означений період щонайменше 615 осіб скоїли самогубство (у т.ч. в зоні бойових дій на Донбасі – 282 випадки), тобто більшість «наклали на себе руки» в «цивільному» середовищі, тим самим ще більшою мірою актуалізуючи питання психологічної підтримки учасників військових дій. Більше за те, майже 85 % суїцидів скоюють особи у віці до 40 років (з яких чимало тих, кому так не виповнилося 30 років) [36]. Так, зокрема, від початку 2014 р. до лютого 2017 р. медико-соціальними експертними комісіями (далі – МСЕК) було оглянуто біля 12 тис. учасників АТО, з яких 5 тис. визнано інвалідами [17].

За офіційними даними лише за 2014–2016 рр. в Україні з полону було звільнено понад 3500 осіб; 109 осіб і досі перебувають у полоні; зниклими без вісти вважається 690 осіб. За даними СБУ, на початок лютого 2018 р. незаконно утримувалося 108 українських громадян (як комбатантів, так і цивільних – переважно, місцевих жителів окупованих територій), які пережили тортури. Важливо, що ці цифри не остаточні – збір, обробка та перевірка даних триває, ведеться моніторинг і аналіз інформації [45].

Звісно, що від 2018 р. і до початку 2022 р., «цифри» втрат серед учасників військових дій і число тих, потребує ресоціалізації, змінилися не істотно, що обумовлено, здебільшого, низькою інтенсивністю військових дій.

Проте ситуація докорінно змінилася 24 лютого 2022 р., коли РФ розпочала повномасштабну військову агресію, унаслідок чого активні та надзвичайно жорстокі бойові дії охопили майже третину території України (Чернігівську, Київську, Сумську, Харківську, Луганську, Донецьку, Запорізьку, Херсонську та Миколаївські області). Як формою реагування на найбільший у світовій практиці XXI ст. виклик, стало збільшення чисельності ОСО до понад 1 млн осіб. Більше за те, з урахуванням санітарних втрат, нині чисельність учасників військових дій, радше за все, перевищує 1,5 млн осіб, а зважаючи на невизначеність термінів завершення цієї війни (хоча юридично, мова йде лише про військовий стан) та високу інтенсивність «зіткнень» на стратегічних ділянках фронту, цілком ймовірно, що число тих, хто потребуватиме ресоціалізації, становитиме значно більше за 2 млн осіб.

Принагідно зазначимо, оскільки фактичні втрати особового складу армії країни, що є учасником військового конфлікту (війни), є національною таємницею, тому реальні дані про реальну чисельність учасників військових дій, які потребують ресоціалізації, широкий загаль дізнається лише після завершення війни. Водночас, плекаємо надію, що уповноважені органи публічного управління володіють достовірними даними про ймовірні масштаби цієї проблеми. При цьому слід зважати не лише на оперативну інформацію Генерального штабу ЗСУ, а й про наявні масштаби цього процесу.

Попри усі негаразди, пов'язані з повномасштабною військовою агресією РФ, більшість населення України (незалежно від їхньої статі, віку, території проживання...) доволі високо (6,7 балів з 9 можливих) оцінюють власне психологічне здоров'я (благополуччя). При цьому основоположним фактором, що обумовлює таку самооцінку, є позитивне ставлення до самих себе. У той же час, респонденти гірше оцінюють власну здатність справлятися з життєвими викликами та опанувати складні емоційні стани. Більше за те, широкий загаль

продовжує адаптуватися до усе нових і нових викликів, пов'язаних з війною, а також артикулює занепокоєння на ймовірний брак ресурсів, необхідних для вирішення проблем у цій сфері.

Про істотні масштаби наявної проблеми наочно свідчить наступне:

- понад 90 % – мали прояви хоча б одного з симптомів ПТР;
- 57 % – перебувають в зоні ризику розвитку ПТР;
- понад 41 % – мають родичів і близьких, які перебували чи перебувають у зоні військових дій;
- 40 % респондентів зазнали загрози власному життю та/чи були безпосередніми свідками таких загроз (передусім, унаслідок перебуванням у зоні бойових дій та/чи під обстрілами);
- 16 % – втратили когось з близьких;
- 9 % – узагалі не стикалися з жодною травмівною подією;
- 6 % – перебували в окупації, зазнали безпосередньої загрози насильства або були свідками таких загроз;
- 5 % – пережили чи стали свідками подій (обстріли, поранення, полон...), що можуть спричинити психологічну та/чи фізичну травму [24].

Проте якщо перейти від очевидних втрат до «прихованих» проблем, то актуалізується проблема: значна частина (майже 93 %) учасників АТО/ООС мають «надломлену» психіку, і, більше того, можуть стати новим «втраченим поколінням». Для того, щоб мінімізувати негативні наслідки такої ситуації уповноважені органи публічного управління мусять організувати надання таким особам висококваліфікованої психологічної допомоги (при чому мова йдеться не про разову «акцію», а про довготривалу допомогу) [71].

Згідно з чинним законодавством, усі демобілізовані (учасники військових дій) мають право (фактично – зобов'язані) проходити повноцінну комплексну реабілітацію згідно індивідуальних програм, але поки що це здебільшого залишається тільки «на папері». За перші чотири роки війни всього 4 % демобілізованих пройшли психологічну реабілітацію у межах державної програми. Лише упродовж 2015 р. за бюджетною програмою психологічну

реабілітацію пройшли 4,8 тис. учасників АТО, а в 2016 р. – майже 5,9 тис. Крім того, в центрах соціально-психологічної реабілітації населення, що належать до сфери управління Держслужби ветеранів АТО, у 2015 р. зареєстровано понад 5,5 тис. відвідувань учасників військових дій і понад 5,5 тис. членів їхніх родин, за 11 місяців 2016 р. – понад 9,0 тис. і 9,3 тис. осіб, відповідно. За даними Генерального штабу ЗСУ, заходами психологічної реабілітації охоплено понад 43 тис. учасників військових дій. Із них – 27161 особа вже пройшла таку реабілітацію, а ще 962 осіб продовжують її проходити. Окрім того, 3455 осіб пройшли лікування у психіатричних відділеннях госпіталів, 16037 – у шпиталях ветеранів війни, а 6571 – в санаторіях-профілакторіях. Варто зазначити, що Держслужба ветеранів АТО працює з демобілізованими й звільненими з війська громадянами, тоді як Генеральний штаб ЗСУ оперує даними та займається чинними військовослужбовцями ЗСУ [72].

На окрему увагу заслуговує процес ресоціалізації (передусім, надання психологічної допомоги) потерпілих від тортур. Якщо до 2014 р. основною інституцією був базі міжнародного медичного реабілітаційного центру для жертв воєн і тоталітарних режимів, а надалі, передусім, через брак вітчизняних кваліфікованих кадрів, почали активно залучати іноземних фахівців (зокрема, психологів Грузії, Польщі, Сербії, США, Франції) як для проведення тренінгів із питань організації психологічної допомоги, так і безпосередньо для проведення ресоціалізації учасників військових дій. До того ж, з 2015 р. психологи Представництва міжнародної організація HealthRight International (Право на здоров'я) в Україні почали надавати допомогу (психодіагностика, психоедукація, мотиваційне консультування, індивідуальна короткострокова та групова терапія...), спрямовану на охорону психічного здоров'я осіб, що потерпіли від тортур і членів їхніх родин. Нині у базі даних ГО «Блакитний птах» міститься інформація про 690 мирних громадян, незаконно затриманих у зоні АТО/ООС, а також задіяні до пошуку зниклих без вісти людей [45].

Психологічна реабілітація ветеранів – це окрема державна програма, на яку у 2018 р. було передбачено бюджетом € 109 млн, які направлені на заходи з

психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації учасників АТО та їх забезпечення санаторно-курортним лікуванням. За рекомендацією штатних психологів, представників позаштатних спеціалізованих груп або фахівців медичної служби військовослужбовці, у яких виявлено ознаки БПТ, направляються встановленим порядком до закладів охорони здоров'я, центрів медико-психологічної реабілітації Міністерства оборони України та цивільних закладів, із якими ДСУ СВВУ АТО укладає угоди про надання послуг з психологічної реабілітації. У військах, які виконують завдання в районах проведення бойових дій і відновлення боєздатності, організовано роботу груп внутрішніх комунікацій, до складу яких входить: військовий або цивільний психолог, фахівець із соціально-правових питань і капелан [42]. Згідно цільової урядової програми, психологічною допомогою передбачено охопити в 2018 р. – 30 тис., у 2019–2022 рр. – 67 тис. (щороку) учасників АТО/ООС [71].

На базі КНП «Міська лікарня № 5» в Кам'янському на Дніпропетровщині відкрито сучасний реабілітаційний центр для ветеранів і учасників АТО/ООС й інших цільових груп населення. Проходити комплексну реабілітацію тут мають змогу одночасно 100 пацієнтів (у т.ч. наявні 41 палата підвищеного комфорту), що дозволить щороку допомогти понад 1000 учасників військових дій [4].

Принагідно слід відзначити, що реабілітацією учасників військових дій займаються фахівці й в інших регіонах України (передусім, у тих, де найбільш активно надають рекреаційно-оздоровчі послуги). Не стоїть осторонь цього процесу й Харківщина, де пацієнтам надається реабілітація (табл. 2.1). При цьому, здебільшого, мова йде про часткову реабілітацію, що обумовлено наявним ресурсним потенціалом.

Проте донині не розв'язані вчасно і належним чином психологічні проблеми учасників бойових дій призводять до такого:

- руйнування міжособистісних контактів, у т.ч. у власних сім'ях;
- посилюють міру толерантності до алкоголю, наркотичних засобів і насилля [70];
- трудність соціально-психологічної адаптації до умов нинішнього життя;

Таблиця 2.1 – Показники реабілітації пацієнтів у Харківській області, %

| Види реабілітації | Параметри | 2018 р. | 2019 р. | 2020 р. | 2021 р. |
|-------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Повна | КНП Харківської області | 0,9 | 1,0 | 0,8 | 0,8 |
| | КНП міста Харків | 0,8 | 1,2 | 0,6 | 0,7 |
| | Усього по Харківській області | 0,9 | 1,0 | 0,7 | 0,8 |
| Часткова | КНП Харківської області | 17,2 | 18,6 | 19,2 | 18,1 |
| | КНП міста Харків | 15,9 | 16,5 | 15,6 | 15,3 |
| | Усього по Харківській області | 16,6 | 17,5 | 17,4 | 16,7 |
| Сукупна | КНП Харківської області | 6,0 | 6,4 | 6,3 | 5,8 |
| | КНП міста Харків | 7,1 | 7,6 | 6,6 | 6,5 |
| | Усього по Харківській області | 6,5 | 6,9 | 6,5 | 6,1 |

– недооцінка життя, що призводить до виникнення песимістичних настроїв;

– бажання самим зробити свій вибір, але небажання чи неготовність нести за нього відповідальність [25];

– руйнація власних очікувань щодо сімейного життя після повернення до «цивільного життя»;

– недовіра до людей і почуття відчуженості від них;

– відмова ветерана працювати в сталій для нього сфері і пошук себе в новій професійній реалізації ;

– посилення алкогольної, наркотичної чи ігрової залежності;

– агресивна та неконтрольована поведінка [45].

Отож, зважаючи на наявний військовий стан в Україні зростає потреба у ресоціалізації учасників військових дій, що вимагає вдосконалення публічного управління у цій сфері.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ УКРАЇНИ ПЕРЕДОВОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ЦЬЙ СФЕРІ

3.1 Національні програми ресоціалізації учасників військових дій

Нині існує Женевська конвенція (1949 р.) та Додатковий протокол до неї (1977 р.), якою встановлено спеціальний правовий статус для учасників військових дій:

- особовий склад збройних сил та їх частин (збройних загонів), які є учасниками військових дій;
- представники організованого руху опору («партизани»), які належать до складу сторони конфлікту, відкрито носить зброю, мають постійний відмітний і добре розпізнаваний знак, й погоджують свої дії з керівництвом збройних сил;
- «цивільні» особи, які допомагають збройним силам (волонтери, особовий склад робочих підрозділів тощо);
- представники територіальної оборони (далі – ТрО), тобто жителі неокупованої території, які озброюються для учинення опору силам «ворожої» сторони конфлікту; обмежені у часі, вони не встигають зорганізуватися у збройні формування, але повинні відкрито носити зброю та додержуватися законів і звичаїв війни [26].

Організація медико-психологічної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США нині є найбільш прогресивною, що дає можливість суттєво зменшити чисельність осіб з розладами психіки. В армії США розроблена й постійно удосконалюється комплексна і багаторівнева система контролю бойового і військово-професійного стресу (далі – COSC), що включає не лише спеціальні підрозділи та бюджетні установи, але й армійські структури

всіх рівнів і організації членів сімей військовослужбовців [80]. З 2016 р. в військах США, згідно з програмою Force 2015 and beyond, запущена система постійного вдосконалення боєготовності підрозділів RFORGEN (Army Force Generation), що спрямована на циклічне відтворення добре навчених і добре організованих підрозділів, які проходять підготовку як єдині колективи [92].

На рівні військової ланки система контролю Combat and Operational Stress Reaction (далі – COSC) складається з загальноармійської програми комплексної психофізіологічної підготовки військовослужбовців, членів їх сімей Comprehensive Soldier and Family Fitness (далі – CSF2) і постійного моніторингу психічного стану військовослужбовців, навчання, тренувань, консультацій і надання долікарської допомоги молодшими командирами, медиками (аналог санінструктора в ЗСУ), капеланами (священиками) і солдатами-наставниками Master Resilience Trainers (далі – MRTs), які пройшли навчання у спеціальних навчальних центрах [93].

У структурі медичної служби армії США на рівні дивізій, бригад функціонують мобільні підрозділи психічного здоров'я (далі – MHS), до складу яких входять 8 осіб: дивізійний психіатр (майор), соціальний психолог (капітан), клінічний психолог (капітан), адміністратор (унтер-офіцер) і 4 асистенти (середній медичний персонал). Основні завдання підрозділів MHS полягають у навчанні військовослужбовців способам підвищення психологічної стійкості у межах програми CSF2, проведенні моніторингу психічного здоров'я та виявлення військовослужбовців, які потребують кваліфікованої медичної і психологічної допомоги, здійснення короткострокових втручань на догоспітальному етапі, реабілітація та супровід комбатантів, їхнє медичне сортування з гострими психічними розладами й підготовка таких осіб до евакуації (направлення) до профільних закладів охорони здоров'я, а також проведення заходів щодо відновлення боєздатності військових підрозділів.

На рівні корпусів функціонують мобільні підрозділи контролю бойового стресу (далі – CSC), що складаються з управління та підрозділів (відділень) профілактики та реабілітації. До складу управління входить командир

(підполковник), капелан (капітан), помічник командира з медичної частини (капітан або старший лейтенант), старшина підрозділу, адміністратори для роботи з пацієнтами (унтер-офіцери), фахівець з хімзахисту і технічний персонал (сержантський і рядовий персонал). Профілактичне відділення складається з 16 осіб (4 соціальні психологи (2 майори і 2 капітани), 4 клінічні психологи (2 майори і 2 капітани), 4 адміністратори (унтер-офіцери) і 4 асистенти (середній медичний персонал). Реабілітаційне відділення складається з 20 осіб (2 психіатри (підполковник і майор), профпатолог (майор), медбрат (майор), адміністратор (унтер-офіцер) і 8 асистентів (унтер-офіцери і сержанти)). Ці підрозділи можуть посилювати передові структури медичної служби, госпіталів і MHS військової ланки. Вони забезпечують розгортання наметів медико-психологічної допомоги та реабілітації для короткострокової допомоги військовослужбовцям при проявах ПТР, а також працюють в якості психіатричних відділень госпіталів, які забезпечують зону бойових дій. Крім цього, підрозділи CSC надають допомогу командуванню щодо моніторингу ситуації, планування та координації сил і засобів для надання медичної та психологічної допомоги при ПТР.

На рівні армійського командування США діють аналітичні групи щодо оцінки бойового стресу на театрі бойових дій (далі – OSAT), що формуються з фахівців Армійського дослідного інституту ім. Уолтера Ріда, Військово-повітряної медичної дослідницької лабораторії, Медичного дослідницького інституту хімічного захисту та Дослідницького інституту військової гігієни США. Аналітична група включає 3-х психологів-дослідників або психіатрів з досвідом дослідницької роботи (офіцери), 2 фахівців з психічного здоров'я сержантського або рядового складу і фахівців з інформаційних технологій. До завдань фахівців OSAT входять проведення макроаналізу факторів ПТС, оцінка стану військовослужбовців на рівні військових підрозділів і прогнозування потреб у наданні медичної та психологічної допомоги на «театрі бойових дій».

Науково-методичне забезпечення системи контролю ПТР армії США забезпечують наукові центри з контролю бойового та військово-професійного

стресу родів військ і провідні наукові університетські центри США (зокрема, Національний інститут психічного здоров'я (далі – NIMH), Національний центр з проблем ПТР (US Department of Veterans Affairs), Центр психологічного здоров'я Міноборони (далі – DCPH TBI DCoE), Військово-медичний університет (далі – USUHS), Військовий інститут ім. Уолтера Ріда (далі – WRAIR) [80].

Департамент у справах ветеранів збройних сил США має багато спроможностей для збереження психічного здоров'я ветеранів, у т.ч. 150 медичних центрів, 819 амбулаторних клінік, 300 центрів ветеранів, кризова лінія для ветеранів, представники Департаменту в університетських кампусах й інші інформаційно-просвітницькі структури. Це дозволяє забезпечувати таке:

- доказове спеціалізоване лікування ветеранів в амбулаторіях з можливістю лікування ПТР;
- лікування осіб, що зловживають наркотиками та алкоголем;
- лікування серйозних психічних розладів, а також забезпечувати загальні послуги з відновлення психічного здоров'я [46].

Департаментом у справах ветеранів спільно з Міністерством оборони США розроблено детальні науково обґрунтовані протоколи надання психотерапевтичної та фармакологічної допомоги на різних етапах: від запобігання травмам до складних і хронічних проявів ПТР зі стійкими симптомами, що потребують комплексного й гнучкого підходу до здійснення ресоціалізації. У окремих учасників бойових дій спостерігається також і феномен ПТР, специфікою дослідження якої проводили переважно науковці США, фокусуючись на ветеранах війн у Перській затоці, Іраку та афганської операції «Нескорена свобода». Останнім часом, завдяки адаптації Зарубіжних методик почали з'являтися і перші українські емпіричні дослідження з цієї тематики, що також має велике значення для пошуку нових шляхів розвитку державної системи збереження психічного здоров'я військовослужбовців [91].

Командування армії США ставить наступні завдання щодо вдосконалення системи контролю ПТР (на прикладі корпусу морської піхоти):

- підвищення боєздатності боєготовності підрозділів за рахунок профілактики, раннього виявлення і корекції ознак бойового стресу;
- підвищення переносимості бойового стресу, розвиток у військовослужбовців і членів їх сімей механізмів психологічної стійкості шляхом набуття і застосування на практиці спеціальних психологічних знань, навичок і умінь для управління своїм психофізіологічним станом і психологічною атмосферою в підрозділі та сім'ї;
- реалізація 5-ти основних елементів системи контролю бойового стресу у військовослужбовців на рівні командування військових підрозділів: зміцнення психологічної стійкості, профілактика психотравмуючих факторів бойового стресу й своєчасна корекція його ознак, раннє виявлення дезадаптивних стресових реакцій, проведення стандартного 7-ми етапного комплексу першої допомоги при бойовому стресі, направлення, за необхідності, для надання кваліфікованої короткострокової і медико-психологічної допомоги протягом 24–72 год., підтримка при реінтеграції комбатанта в підрозділі;
- створення в підрозділах умов і атмосфери, в яких військовослужбовці можуть вільно звертатися за допомогою при дезадаптивних реакціях при бойовому стресі [80].

Досвід медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Канади. До складу служби охорони здоров'я збройних сил Канади входить мережа з 7 медичних центрів травматології та стресу (Ottawa ON, Valcartier Qc, Petawawa ON, Gagetown NB, Halifax NS, Edmonton AB Esquimalt BC) [96]. Програма фізичної реабілітації військовослужбовців у збройних силах Канади [88] включає в себе медико-психологічну реабілітацію та надання послуг соціально-психологічного характеру в медичних центрах, що наближені до сім'ї. Реабілітація проводиться у військових центрах реабілітації, що поєднані з передовим досвідом академічних цивільних центрів. Організація медичної допомоги й реабілітації побудована також на ґрунті диференційованого підходу до біологічних і небіологічних факторів [80]. Канадськими ерготерапевтами розроблена біо-психосоціально-духовна модель з реабілітаційної медицини, що

ілюструє стосунки між людиною (фізичним, когнітивним, афективним і духовним вимірами), середовищем існування людини (фізичним, культурним, інституційним і соціальним вимірами) та її професійною діяльністю (самообслуговування, продуктивність і відпочинок) [90].

Ветерани можуть отримати підтримку з Канади у справах ветеранів: програми допомоги по інвалідності та Служби реабілітації і професійної допомоги. Тільки звільнені учасники бойових дій мають право на отримання пільг за програмою реабілітації Veterans Affairs Canada. В рамках «Програми допомоги по інвалідності» допомога по інвалідності виплачується ветеранам, які мають на це право, в т.ч. військовослужбовцям збройних сил Канади, які мають хронічні захворювання, пов'язані зі службою, в т.ч. психічні розлади.

Програма реабілітації та професійної допомоги, яка, як правило, надає тимчасову, а не постійну підтримку, спрямована на те, щоб допомогти ветеранам максимально поліпшити своє здоров'я і пристосуватися до життя вдома, в суспільстві та на роботі. У Канаді для ветеранів передбачена мережу клінік по роботі зі стресовими травмами; послуги з ведення справ; телефонна служба допомоги; програма соціальної підтримки при стресі [95]. Кожен ветеран, включений до програми реабілітації, знаходиться під опікою куратора, який визначає потребу в психіатричній допомозі, готує план допомоги та стежить за прогресом ветерана [80].

На даний момент на території Франції налічується 817 секторів загальної психіатрії для дорослих, 321 дитячої та підліткової психіатрії, і 26 для ув'язнених. З них 65 % прикріплені до спеціалізованого госпітального центру, а 35 % – до загального або університетського госпітального центру. Кожен сектор складається з лікувальних підрозділів, таких як госпітальний спеціалізований центр, медико-психологічний центр, денний стаціонар, центр повної госпіталізації, центр амбулаторного прийому, центр реабілітації та ін. Мультидисциплінарні бригади забезпечують превентивні заходи, первинну медичну допомогу, профільне лікування та подальшу соціальну інтеграцію хворих на підвідомчій території. Лікування без госпіталізації організоване за

двома напрямками: структури прийому і орієнтації відкритого типу, а також структури для реабілітації пацієнтів. Важливу роль в наданні допомоги без госпіталізації відіграють медико-психологічні центри (далі – МПЦ). Зазвичай вони розташовуються поза госпіталями і забезпечують консультації всім бажаним за направленням лікаря або за власною ініціативою. МПЦ не тільки консультують, а й проводять амбулаторне лікування, візити додому. Вони забезпечують післягоспітальну терапію і соціальну інтеграцію. Первинний і поточний прийом здійснюють медичні сестри, які «ведуть» пацієнтів, координують зустрічі з психіатром, психологом, соціальними працівниками, спільно з лікарями розробляють проєкт лікування, виконують необхідну адміністративну та фінансову роботу, допомагають пацієнтам в організації повсякденного життя в інтересах терапії.

Існують також такі «незвичайні» структури, що для зручності можна назвати «терапевтичні квартири». Їх завдання полягає у поверненні пацієнтів до повноцінного соціального життя. Структура надає житло декільком особам з важким психіатричним діагнозом (в місті чи сільській місцевості) на обмежений період часу і під медичним наглядом. Кожен учасник проєкту залучений до вирішення побутових питань повсякденного життя (прання/прибирання/харчування) всередині і зовні. У цьому випадку місце проживання є терапевтичним інструментом у поєднанні з медикаментозним і психологічним лікуванням в МПЦ. Результати даного виду терапії позитивні, але досить складні в організаційному плані [44].

Нині керівництво Міністерства оборони [Німеччини](#) приділяє більше уваги питанню організації ефективного психологічного забезпечення у збройних силах, яке проводиться із метою виховання в особового складу психологічної готовності до виконання поставлених завдань як у процесі загальної діяльності, так і в умовах бойового застосування військ (сил). Одними із завдань психологічного забезпечення, що покладені на психологічну службу є: надання військовослужбовцям спеціалізованої допомоги щодо соціальної адаптації, самореалізації у повсякденному житті, а також у подоланні складних

психотравмуючих ситуацій під час та після бойових дій; надання практичної допомоги командирам підрозділів з питань індивідуальної та колективної роботи з особовим складом. Основними видами діяльності психологічного забезпечення є психологічний аналіз і корекція; поглиблена психологічна реабілітація [39].

Досвід медико-психологічної реабілітації військовослужбовців у Німеччині забезпечення заходів із кандидатів на військову службу з метою підтримки, поліпшення й відновлення раннього виявлення психічних розладів; працездатності здійснюють представники індивідуальне психологічне консультування; пенсійного страхування робітників і психологічна підтримка і супровід; службовців. У сфері соціально-професійної реабілітації монопольне місце належить федеральному відомству з питань страхування і працевлаштування безробітних [83]. Питанням фінансування заходів із реабілітації займаються виключно органи соціального страхування на місцях. Німецькі реабілітаційні центри, залежно від пріоритету медичної або соціальної реабілітації, передбачають два рівні. Реабілітаційний центр першого рівня практично є реабілітаційною клінікою, де переважає медична реабілітація. Однак у таких центрах є майстерні, зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де клієнти отримують елементи професійної та соціально-побутової реабілітації. Ці центри, здебільшого, є спеціалізованими за профілем патології: психологічні, неврологічні тощо. До структури такого центру можуть входити підрозділи соціальної реабілітації, які опікуються наданням професійних умінь і навичок реабілітантам за певними спеціальностями (програмування, електротехніка, креслення, торгові професії тощо) і соціальна служба, працівники якої Центру, відповідають за їхню адаптацію в суспільстві після виписки, навчають робити покупки [80]. На спеціалістів-психологів військової ланки покладені завдання щодо психологічної профілактики серед особового складу, а також проведення індивідуальних психологічних консультацій та психологічного аналізу. У разі виявлення тяжких психологічних порушень постраждалих направляють до спеціалістів госпітальної ланки з подальшим

психотерапевтичним (психіатричним) лікуванням. У госпітальному підрозділі надають допомогу лікарі-психотерапевти та психіатри [35]. У Німеччині створено спеціалізовані центри для військовослужбовців з травмованою психікою та Центр вивчення ПТР в Берліні. У країні також працює телефонна «гаряча» лінія, яка цілодобово надає психологічні консультації військовослужбовцям. Для надання спеціалізованої допомоги постраждалим військовослужбовцям у Берліні створено Центр вивчення проблем медико-психологічної реабілітації особового складу Бундесверу. Крім того, командування збройними силами Німеччини прийняло рішення щодо їх оснащення мобільними контейнерними психофізіологічними лабораторіями для проведення ранньої діагностики психологічних розладів у військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях за межами країни [39].

Досвід медико-психологічної реабілітації військовослужбовців [Великобританії](#). На основі багатьох масштабних і системних досліджень у збройних силах Великобританії сформовано нове стратегічне бачення щодо ключових завдань та організаційної структури комплексної системи збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Ця система одночасно відображає передові наукові надбання цивільних фахівців щодо збереження психічного здоров'я та враховує всі аспекти військової специфіки. Вона має чотири основні напрями, які мають власні розроблені алгоритми їх реалізації, а саме:

- збереження психічного здоров'я військовослужбовців у пунктах постійної дислокації підрозділів збройних сил і виконання службових обов'язків в умовах повсякденної діяльності;

- збереження психічного здоров'я військовослужбовців в умовах розгортання військ і виконання підрозділами бойових завдань;

- збереження психічного здоров'я резервістів під час проходження регулярної військової підготовки й повернення їх до цивільного життя;

- заходи зі збереження психічного здоров'я, спрямовані на осіб, які завершили військову службу (ветеранів).

Під час перебування у пунктах дислокації військових підрозділів більшість заходів щодо збереження психічного здоров'я проводяться шляхом застосування імпліцитарних заходів. Для цього створена мережа неформальної підтримки, метою якої є виявлення і корекція проблем психічного здоров'я. Функціонування цієї мережі забезпечують фахівці немедичного профілю. Зазвичай це офіцери із соціального забезпечення (welfare officers), спеціалісти по роботі з сім'ями (family officers), капелани та військовослужбовці – практики Trauma Risk Management (далі – TRiM), де практикують переважно добровольці, унтер-офіцери, які мають суттєвий військовий досвід, пройшли навчання з оцінювання психологічних ризиків володіють базовими знаннями щодо природи психічної травматизації [100]. Система психологічної підтримки й нагляду з боку співробітників TRiM створена, щоб допомагати військовослужбовцям, які мають психологічні проблеми звернутися за допомогою до фахівців зі збереження психічного здоров'я [14]. Під час перебування у зоні бойових дій, як і в постійних пунктах дислокації, наряду з фахівцями TRiM до захисту психічного здоров'я військовослужбовців долучаються спеціалісти «польових команд з охорони психічного здоров'я» (далі – FMHT), основне завдання яких полягає у диференціації військовослужбовців на тих, хто здатні подолати психологічні проблеми і залишаються виконувати завдання у зоні бойової діяльності, і тих, які потребують обов'язкової евакуації [94].

Важливою складовою системи збереження психічного здоров'я є Районні відділи психічного здоров'я збройних силах Великобританії (далі – DCMH), до складу яких входять консультанти-психіатри, медичні сестри з психічного здоров'я, соціальні працівники з питань психологічного здоров'я, а також, за необхідності, клінічні психологи. Основним завданням таких відділів є підтримка військовослужбовців збройних сил і своєчасне направлення їх на стаціонарне лікування. Також фахівці DCMH беруть участь у наданні послуг щодо забезпечення психічного здоров'я у Медичному реабілітаційному центрі збройних сил Великобританії та Королівському центрі військової медицини

[98]. Для збереження психічного здоров'я резервістів під час проходження регулярної військової підготовки й повернення їх до цивільного життя у Великобританії розроблена Програма зі збереження психічного здоров'я резервістів (далі – RMHP), завдяки чому мобілізовані резервісти отримують таку ж психіатричну допомогу, як і постійно діючий особовий склад [100].

Для України особливо цікавий є досвід Ізраїлю, адже ця країна перебуває у стані «війни» вже кілька десятиліть, і тут чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам, і членам їхніх родин. Ще під час війни з Ліваном у 1982 р. військові застосовували принципи надання допомоги постраждалим (далі – VICEPS). Для цього створені підрозділи відновлення боєздатності, до складу яких входять психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, інструктори зі спорту та бойової підготовки. Важливо, що лікар/психолог, які надають медичну/психологічну допомогу, повинні обов'язково мати бойовий досвід, що дасть змогу встановити більш довірливі стосунки в процесі проведення терапії [84]. Використання принципів VICEPS під час надання допомоги постраждалим із проявами стресових розладів дає змогу повернути до служби майже 85 % особового складу, з них близько у 7 % можуть бути повторні реакції. В армії Ізраїлю під час війни в Лівані використовували три принципи з шести (наближеність, швидкість, очікуваність). Порівняння підрозділів, в яких дотримувалися таких принципів, показало, що близько 60 % військових змогли повернутися до виконання професійних обов'язків, на противагу 22 % там, де цих принципів не дотримувалися. Також частина розвитку ПТР виявилася нижче на 30 %.

Слід акцентувати увагу, що у центрах ресоціалізації учасників військових дій працюють **мультидисциплінарні команди**, що передбачає тісну співпрацю психіатрів, психологів, соціальних працівників, сімейних терапевтів тощо [80].

Зрештою слід відзначити, в розвинених країнах світу накопичено чималий позитивний досвід ресоціалізації учасників військових дій, зважена адаптація до умов України якого дозволить суттєво змінити ситуацію у цій сфері.

3.2 Державна підтримка сімей учасників військових дій, які залучені до процесу ресоціалізації таких осіб

Від початку слід зазначити, запорукою успішної ресоціалізації учасників військових дій є не лише цілеспрямований вплив на таких осіб, а й активне залучення до цього процесу їхніх сімей. Означене обумовлено тим, що у такий спосіб надається додаткова психологічна підтримка як учасників військових дій (вони не самотні у процесі ресоціалізації), як і їхніх сімей, для яких цей процес теж є своєрідним випробуванням (стресом), з яким ще слід упоратися.

У Великобританії підтримка сімей військовослужбовців і ветеранів збройних сил покладається на Службу соціального забезпечення армії (далі – ССЗА) [87], основним завданням якої є надання професійної комплексної конфіденційної допомоги військовослужбовцям і членам їхніх сімей, а також командуванню військової частини для максимально швидкого досягнення належного рівня ефективності/результативності психологічної підтримки таких осіб. Діяльність ССЗА «тримається» на таких засадах:

- особиста підтримка;
- підтримка громади;
- функціонування спільної служби з питань надання житлових послуг;
- інформаційна підтримка [89].

Федерація військових сімей (далі – AFF) – орієнтована на роботу із сім'ями військовослужбовців незалежна благодійна організація, якій притаманні характеристики:

- представник інтересів військових сімей на всіх рівнях, а також забезпечує важливі зв'язки між сім'ями, армією та урядом;
- допомога окремим сім'ям, які живуть у військовому містечку чи у власній оселі, знайти способи вирішення нагальних проблем (виділення/пошук житла, влаштування дітей до дитячого садка та/чи школи);
- співпраця з іншими благодійними організаціями чи фондами задля забезпечення найкращої підтримки членам сімей учасників військових дій;

– співпраця з командуванням військових частин, місцевими органами публічної влади та постачальниками послуг.

Місцевий координатор та/або уповноважена особа центрального офісу AFF є особою для контактів з військовослужбовцями та членами їхніх сімей. У складі AFF є «вузькопрофільні» фахівці, спроможні вирішувати проблеми освітнього, побутового й іншого штибу. Якщо військові живуть у військовому містечку, вони автоматично отримують безкоштовний щоквартальний журнал асоціації «Армія і ви» [85].

Асоціація сімей солдатів, матросів, льотчиків Великобританії (далі – SSAFA) – найстаріша національна благодійна організація, яка необхідну (у т.ч. інформаційну) персональну допомогу військовослужбовцям, членам їхніх сімей і ветеранам збройних сил у доступний спосіб, хоча основна увага зосереджена на наданні прямої підтримки особам, які потребують фізичної чи психологічної допомоги [99].

У межах громад функціонує державна система грантової підтримки (Місцеві гранти Угоди про Збройні сили) військовослужбовців, ветеранів збройних сил та їхніх сімей, яка передбачає реалізацію відповідних ініціатив, на що передбачено виділення £ 10 млн на реалізацію місцевих проєктів, які забезпечують реальні потреби вищезгаданого контингенту осіб. Також проводиться щорічний форум для обміну досвідом, презентації ініціатив і надання консультацій, до яких долучаються представники Міністерства оборони, Асоціацією місцевого самоврядування та місцевими громадами [23].

У 1991 р. Департамент національної оборони та збройні сили Канади легітимізували свої основні соціальні й моральні зобов'язання перед сім'ями військових, створивши першу офіційну фінансовану державою та національно координовану систему підтримки сімей військовослужбовців, яка складається з мережі програм і послуг, які надаються як централізовано (на теренах Канади), так і через регіональні центри сімей військовослужбовців збройних сил Канади (передусім, на базі військових частин) поза межами країни (в США, в країнах Європи, Азії, Африки ...) [97].

Провідну роль у цьому процесі належить військовим капеланам, які у своїй діяльності співпрацюють з іншими підрозділами військових частин (фінансовими, соціальними, юридичними, кадровими...), відповідаючи за вирішення не лише релігійних, а й соціальних (побутових) і психологічних питань, тим самим створюючи передумови (тобто, мова йде про своєрідний підготовчий етап цього процесу) для кращого ресурсного забезпечення ресоціалізації учасників військових дій. З членами таких сімей капелан здебільшого спілкується телефоном або зустрічається з ними на базі військової частини, за необхідності – відвідує таку сім'ю за місцем їхнього проживання. Тобто усі члени сімей військовослужбовців мають номер телефону капелана військової частини свого чоловіка/дружини (сина/доньки, брата/сестри), а також мають можливість отримати перепустку до військової частини; водночас, капелан знає номери телефонів членів сім'ї учасників військових дій та адресу проживання їхнього проживання. Капелани, час від часу, організують обіди для військовослужбовців і, крім задоволення їхніх духовних потреб, долучаються до вирішення соціальних і сімейних питань. Також капелани організують спільні обіди і екскурсійні поїздки, які фінансуються з бюджету батальйону (бюджет Міністерства оборони), для сімей військовослужбовців (у середньому по 10 пар), під час яких відбувається спілкування, у т.ч. про сімейні цінності (ненав'язливо і при нагоді), а також надає змогу відпочити, краще познайомитися з іншими сім'ями військовослужбовців, оздоровити між особисті стосунки тощо.

На базі військової частини завжди є черговий капелан, який готовий цілодобово (навіть у святкові дні) безпосередньо або за номером телефону «гарячої лінії» з членами сім'ї учасників військових дій, а також виконує функцію «маршрутизатора» (надає контакти за запитом та/чи спрямовує їхні зусилля на вирішення конкретної проблеми). До того ж, у чергового капелана є певні ресурси (спеціальні купони на їжу та пальне), які можуть бути використані у випадку екстрених ситуацій для допомоги членам сім'ї учасників військових дій [23].

У США функціонує Система сімейної готовності (далі – ССГ) – сукупність інституцій (агенцій, фізичних і юридичних осіб на державному або місцевому рівні; деякі з них є частиною Міністерства оборони США), співпраця з ними й між ними сприяє (через надання їм відповідних послуг, у т.ч. консультацій особисто, онлайн та/чи з використанням телефону) покращанню якості життя військовослужбовців і членів їхніх сімей (незалежно від їхнього статусу чи місцезнаходження) через їхнє залучення до програм ресоціалізації таких осіб [86]. Реалізовані ССГ (цільові та загальні) програми спрямовано на захист інтересів військовослужбовців і членів їхніх сімей, а також мінімізувати негативні виклики, пов'язані зі специфікою способу життя осіб, які несуть військову службу та, тим паче, приймають у бойових зіткненнях. При цьому передбачено проведення семінарів, практикумів, консультування й інтервенцій, спрямованих на зміцнення сімей військовослужбовців, підвищення стійкості стосунків і покращання якості їхнього сімейного життя. Програма також орієнтована на допомогу таким особам у подоланні складних проблем, пов'язаних з домашнім насильством і жорстоким поведінням з дітьми (профілактика, просвіта, розслідування, втручання та лікування) [101].

Програми Служби військової спільноти (далі – ACS) усувають дублювання в наданні послуг, є стандартизованими й вимірюють ефективність і результативність ресоціалізації, а також передбачають надання таких послуг:

- антикризова допомога для покращання сімейних відносин;
- допомога й супровід під час повернення до «цивільного» життя;
- допомога у працевлаштуванні для членів сім'ї;
- запобігання жорсткому поведінню з дітьми та належне реагування на такі випадки;
- інформація та маршрутизація за запитами;
- немедичні індивідуальні та сімейні консультації;
- освітні послуги;
- особистий фінансовий менеджмент;
- підтримка «мобілізації» та «розгортання»;

- підтримка «новоспечених» батьків;
- підтримка переселення (зміна місця проживання);
- підтримка сімей з особливими потребами;
- просвіта з питань сімейного життя;
- профілактика та реагування на домашнє насильство [87].

Послуги надаються за напрямками відповідно до програм ACS у центрах підтримки військовослужбовців і членів їхніх сімей, розташованих на базах військових частин, на об'єктах резервного компонента, у місцевих громадах, за необхідності в телефонному чи онлайн-режимі [102].

Центр допомоги солдатам та їхнім сім'ям (далі – SFAC) – універсальний центр допомоги, який функціонує здебільшого у місцях розташування військових частин, й надає наступний перелік послуг:

- військово-кадрові послуги (ведення документів, кадрова політика);
- допомога під час перехідного періоду (переходу від військової служби до «цивільного» життя);
- допомога щодо формування планів (отримання освіти, перевірки пільг, кар'єрного зростання);
- здійснення координації у взаємодії з армією, Національною гвардією, державними та місцевими органами;
- інформаційно-довідкова допомога;
- координація правових і пасторальних послуг;
- надзвичайна фінансова допомога (надання позик або грантів, грошової допомоги для здобуття вищої освіти дітьми...);
- надання військовослужбовців і членів їхніх сімей інформації та рекомендацій фахівців з питань залежностей;
- надання допомоги з пошуку ресурсів для проживання членів сім'ї;
- сприяння доступу до всіх дитячих, молодіжних і шкільних програм;
- фінансове консультування (управління кредитами, розроблення бюджету) [101].

Групи сімейної готовності (далі – FRG) – організована командуванням військового підрозділу структура, яка охоплює усіх військовослужбовців та їхні сім'ї, які разом забезпечують добровільну участь (взаємна підтримка, надання допомоги, комунікація, ресурсне забезпечення) усіх стейхолдерів.

FRG виконує такі функції:

- забезпечення взаємної підтримки між командуванням військових частин і членами групи FRG;
- забезпечення ефективного використання наявних ресурсів громад;
- надання командуванню військового підрозділу зворотного зв'язку щодо психологічного стану військовослужбовців і членів їхніх сімей;
- надання допомоги командирові військового підрозділу в забезпеченні військової та особистої готовності до розгортання й підвищення сімейної готовності для військовослужбовців і членів їхніх сімей;
- надання психологічної допомоги військовослужбовцям і членам їхніх сімей задля розв'язання проблем на найнижчому рівні;
- поширення серед військовослужбовців і членів їхніх сімей інформації, отриманої від командування військовими частинами;
- проведення заходів, які посилюють обмін інформацією у ланцюгу «командувач військової частини – військовослужбовці й члени їхніх сімей»;
- продовження роботи військового підрозділу в наданні офіційної та точної інформації про свою діяльність.

Параметри діяльності FRG залежать від таких факторів:

- бюджет командування військової частини для діяльності FRGA;
- визначення потреб військовослужбовців і членів їхніх родин;
- зацікавленість та увага командира військової частини;
- кількість членів FRG;
- склад FRG (тривалість служби, графік підготовки та розгортання підрозділу військової частини, сімейний стан, тривалість шлюбу, кількість сімей з маленькими дітьми);
- час, енергія і творчість членів FRG.

FRG функціонує на рівні кожної роти й складається з волонтерів і лідера групи (FRG-leader) [102], на якого покладається організація комунікації між дружинами військовослужбовців роти. Здебільшого мова йде про онлайн-спілкування; водночас, за можливості, організовує щомісячні зустрічі (сімейні свята, спільні пікніки, розважальні програми), фінансування яких здійснюється за рахунок бюджету батальйону (бюджет Міністерства оборони), а для участі у них максимальна кількість особового складу роти (військової частини) звільняється від «несення служби» [23].

Оскільки FRS виконує щодо FRG-leader адміністративну діяльність, це дає їм змогу сконцентруватися на просвітницько-інформаційній діяльності, спрямованій на військовослужбовців і членів їхніх родин [102]. У разі виникнення у них тих чи інших проблем (що є компетенцією FRS), вони інформують про них спочатку FRG-leader, а потім – FRG. Способи вирішення наявних проблем залежать від їх виду та масштабів: ті, що вбачаються незначними – можуть бути вирішеними на рівні роти/батальйону військової частини, а FRG отримують інформацію про наявність проблеми, а за необхідності – долучаються до її вирішення. Окрім FRG-leader, у батальйоні є посади військового психолога та військового капелана, які виконують завдання зі забезпечення психічного здоров'я особового складу [23].

Помічник підтримки сімейної готовності (далі – FRSA) є важливою ланкою у ланцюгу «командувач військового підрозділу – військовослужбовці й члени їхніх сімей», яка виконує наступні функції:

- забезпечує збереження стабільності та безперервності FRS, оскільки FRG-leader і волонтери змінюються час від часу;
- забезпечує координацію та підтримку FRG та FRG-leader, оскільки мають допомогти військовослужбовцям ствердитися у думці, що їхні сім'ї у безпеці, а добробут підтримується на достатньому рівні;
- інформує про них групи сімейної готовності й командування підрозділу;
- надає адміністративну та матеріально-технічну підтримку командиру військової частини та його заступнику, і FRG-leader;

- координує робочі завдання з керівниками FRG;
- підтримує координацію діяльності FRG у межах підрозділу та постійно інформує командира про статус програми, спірні питання та послуги, доступні для військових і членів їхніх сімей;
- постійно взаємодіє з військовими службами та іншими державними або регіональними установами для моніторингу останніх змін у програмах сімейної готовності для всіх компонентів [101].

Отож, держава (передусім, з залученням керівництва військових частин і представників громадськості) спрямовують свої зусилля на забезпечення ресоціалізації членів сімей військовослужбовців як запоруки покращання ефективності/результативності ресоціалізації учасників військових дій.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності ресоціалізації учасників військових дій – попередження та подолання відхилень у фізіологічному здоров'ї учасників військових дій, адаптацією та інтеграцією військослужбовців до нових умов життєдіяльності – дозволило ствердитися у значущості цього феномену. Успішність ресоціалізації учасників військових дій залежить не лише від умотивованості самих пацієнтів, а й від професіоналізму та вмотивованості реабілітологів, що потребує наявності не лише дієвих методик реабілітації (а хтось, все ж, має профінансувати їхню розробку та впровадження), а достатнього ресурсного забезпечення (відшкодування витрат, пов'язаних з використанням приміщень, обладнання, медикаментів, витратних матеріалів, харчів; оплата праці лікарів, медичного та обслуговуючого персоналу; формування сприятливого «правового поля»; координація діяльності стейкхолдерів), що важко уявити без належного публічного управління – галузі практики й теорії, яка є ключовою для публічного впливу й зосереджена на внутрішній діяльності уповноважених органів публічної влади, чия діяльність спрямовано на «пом'якшення» протиріч між учасниками цього процесу.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління – способу дій органів публічної влади, що ґрунтується на основних принципах, функціональній визначеності об'єднаних єдиною метою як існуючих, так й інноваційних засобів, форм і методів, за допомогою яких здійснюється регулятивний вплив суб'єкта на об'єкт у напрямі узгодження їх інтересів щодо забезпечення ресоціалізації учасників військових дій. Механізм публічного управління складаються з традиційних елементів, серед яких мета та завдання, принципи, методи та засоби впливу, нормативно-правове та інституціональне забезпечення. Метою публічного управління реабілітацією учасників військових дій є «пом'якшення» процесу повернення таких осіб до цивільного

(післявоєнного) життя. Публічне управління реабілітацією учасників військових дій здійснюється за допомогою відповідних методів впливу, які за способом впливу поділяються на адміністративні, економічні, нормативно-правові, організаційні та соціально-психологічні.

3. За результатами оцінки потреб у ресоціалізації учасників військових дій виявлено таке: простежується пряма залежність у ланцюгу «результативність ресоціалізації – рівень адаптаційного потенціалу учасників військових дій – підтримка таких осіб з боку їхніх сімей та оточення – належне ресурсне забезпечення та використання сучасних технологій ресоціалізації». вищенаведена специфіка учасників військових дій (їхній стан, бажання та можливість долучатися до процесу своєї ресоціалізації слід урахувувати при розробці не лише відповідних програм і розподілу її учасників на групи, а й вибору локацій, залучення необхідних ресурсів (у всьому їх розмаїтті), що, зрештою, потребує зважених публічно-управлінських рішень. З урахуванням санітарних втрат, нині чисельність учасників військових дій перевищує 1,5 млн осіб, а зважаючи на невизначеність термінів завершення цієї війни (хоча юридично, мова йде лише про військовий стан) та високу інтенсивність «зіткнень» на стратегічних ділянках фронту, цілком ймовірно, що число тих, хто потребуватиме ресоціалізації, становитиме значно більше за 2 млн осіб.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо ресоціалізації учасників військових дій та членів їхніх сімей: загальноармійська програма комплексної психофізіологічної підготовки військовослужбовців і членів їх сімей, постійний моніторинг психічного стану військовослужбовців, навчання, тренувань, консультацій і надання долікарської допомоги молодшими командирами, медиками, капеланами (священниками) і солдатами-наставниками, які пройшли навчання у спеціальних навчальних центрах; мобільні підрозділи психічного здоров'я; мобільні підрозділи контролю бойового стресу; аналітичні групи щодо оцінки бойового стресу на театрі бойових дій; Департамент у справах ветеранів збройних сил (США); мережа з 7 медичних центрів травматології та стресу; програми допомоги по

інвалідності та Служби реабілітації і професійної допомоги (Канада); спеціалізовані центри для військовослужбовців з травмованою психікою та Центр вивчення ПТР в Берліні; прикріплення учасників військових дій до спеціалізованого госпітального центру, де мультидисциплінарні бригади забезпечують превентивні заходи, первинну медичну допомогу, профільне лікування та подальшу соціальну інтеграцію хворих на підвідомчій території; надання військовослужбовцям спеціалізованої допомоги щодо соціальної адаптації, самореалізації у повсякденному житті, а також у подоланні складних психотравмуючих ситуацій під час та після бойових дій; надання практичної допомоги командирам підрозділів з питань індивідуальної та колективної роботи з особовим складом (Німеччина); збереження психічного здоров'я військовослужбовців у пунктах постійної дислокації підрозділів збройних сил і виконання службових обов'язків в умовах повсякденної діяльності; збереження психічного здоров'я військовослужбовців в умовах розгортання військ і виконання підрозділами бойових завдань; збереження психічного здоров'я резервістів під час проходження регулярної військової підготовки й повернення їх до цивільного життя; заходи зі збереження психічного здоров'я, спрямовані на осіб, які завершили військову службу (ветеранів) (Великобританія); створення підрозділів відновлення боєздатності, до складу яких входять психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, інструктори зі спорту та бойової підготовки (Ізраїль). Також держава (передусім, з залученням керівництва військових частин і представників громадськості) спрямовують свої зусилля на забезпечення ресоціалізації членів сімей військовослужбовців як запоруки покращання ефективності/результативності ресоціалізації учасників військових дій.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Адміністративне право України: підручник / за ред. Ю.П. Битяка. Харків: Право, 2001. 528 с.
2. Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО: матеріали всеукр. наук.-практ. конф., 19 квітня 2017 р. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2017. 96 с.
3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: методичні рекомендації / Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
4. Базарний С.В. Соціальна реабілітація військовослужбовців. URL: <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf> (дата звернення: 12.12.2022)
5. Богданова І.М. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. Київ: Знання, 2008. 343 с.
6. Босак О.З. Публічне управління як нова модель управління у державному секторі. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. № 2. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10bozuds.pdf> (дата звернення: 01.12.2022)
7. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... д.пед.н.: 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
8. Бриндіков Ю.Л., Шинкарук О.В. Спортивно-масові заходи як інструмент ресоціалізації та реабілітації комбатантів, що отримали інвалідність під час виконання службових обов'язків. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. (Серія: Соціально-педагогічна)*. 2018. Вип. 31. С. 21–35.
9. В Україні статусу учасника бойових дій набуло 329,5 тис. осіб – Держслужба у справах ветеранів. URL: <http://gordonua.com/ukr/news/war/v->

ukrajini-status-uchasnika-bojovih-dij-otrimali-329-5-tis-osib-derzhsluzhba-pospravah-veteraniv-239471.html. (дата звернення: 12.12.2022)

10. Варій М.Й. Основи психології і педагогіки: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ЦУЛ, 2009. 376 с.

11. Великий енциклопедичний юридичний словник / за ред. Ю.С. Шемшученка. Київ: Юрид. думка, 2007. 992 с.

12. Воеводіна Т.Ю. Специфіка взаємозв'язку процесів соціалізації та самовизначення. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2008. № 2. С. 4–9.

13. Волонтерські організації. URL: <http://poruch.ua/volonterskie-organizatsii.html>

14. Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральна психотерапія посттравматического стрессового расстройства. *Консультативная психология и психотерапия*. 2013. № 3. С. 46–72.

15. Горбенко Д.А. Організаційно-правові та методичні засади удосконалення діяльності психологічної служби МВС України: дис. ... к.ю.н.: 19.00.06. Київ, 2018. 307 с.

16. Дёмкин А.Д., Марченко А.А., Гончаренко А.Ю. Обзор системы медико-психологического сопровождения в армии США. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2016. № 2. С. 52–57.

17. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників анти терористичної операції. URL: <https://dsvv.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2022)

18. Державне регулювання економіки: навчальний посібник / Г.М. Калетнік, А.Г. Мазур, О.Г. Кубай. Київ: Хай-Тек Прес, 2011. 427 с.

19. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.04. Донецьк, 2010. 25 с.

20. Деякі питання соціального і правового захисту осіб, позбавлених свободи внаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 грудня 2019 р. № 1122. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-socialnogo-i-pravov-a1122> (дата звернення: 12.12.2022)

21. Дипко С. С. Інструментарій державного регулювання ресоціалізації засуджених неповнолітніх. *Актуальні проблеми та перспективи розвитку публічного управління в Україні: матеріали IV всеукр. наук.-практ. конф.*, 11 жовтня 2012 р. Запоріжжя, 2012. С. 346–349.

22. Дипко С.С. Механізми державного регулювання ресоціалізації засуджених неповнолітніх: теоретичний підхід до визначення. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2013. № 2. URL: <http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/index.html>. (дата звернення: 12.12.2022)

23. Дідик Н.Ф. Система роботи із сім'ями військовослужбовців: порівняльний аналіз досвіду США, Канади, Великої Британії. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2019. № 44. С. 37–51.

24. Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни. URL: <https://sostav.ua/publication/dosl-dzhennya-psikholog-chnogo-stanu-naselennya-v-umovakh-povnomasshtabno-v-jni-92442.html> (дата звернення: 12.12.2022)

25. Дубовик К.Є. Державна політика у сфері ресоціалізації неповнолітніх девіантної поведінки: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2012. 199 с.

26. Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях: Конвенція ООН від 12 серпня 1949 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_151 (дата звернення: 12.12.2022)

27. Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: автореф. дис. ... д.психол.н.: 19.00.05. Київ, 2010. 54 с.

28. Караман О.Л. Ресоціалізація особистості неповнолітнього засудженого в контексті соціалізаційного процесу. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2011. № 4. С. 64–72.

29. Караман О.Л. Сутність і зміст соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2011. № 2. С. 65–74.

30. Колпаков В.К. Адміністративне право України: навчальний посібник. Київ: Юрінком Інтер, 2004. 544 с.

31. Конституція України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)
32. Кузьменко Т.М. Соціологія: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2010. 320 с.
33. Кушнар'юв С.В. Науково-теоретичні проблеми соціалізації й ресоціалізації неповнолітніх засуджених. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2009. № 4. С. 47–54.
34. Ла Страда-Україна. Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей. URL: www.la-strada.org.ua (дата звернення: 12.12.2022)
35. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травми й захворюваннями нервової системи: навчальний посібник. Київ: Олімпійська література, 2006. 196 с.
36. Матіос А.А. «Щоб не було втрат, потрібна превенція». URL: https://dt.ua/interview/anatoliy-matios-schob-ne-bulo-neboyovih-vtrat-potribna-prevensiya-292174_.html. (дата звернення: 12.12.2022)
37. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д. держ. упр.: спец. 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
38. Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання: монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2008. 231 с.
39. Мирон А. Организация психологического обеспечения в Вооружённых силах ФРГ. URL: http://factmil.com/publ/strana/germanija/psikhicheskie_zabolevanija_voennosluzhashhikh_bundesvera_2010/41-1-0-407. (дата звернення: 12.12.2022)
40. Міністерство соціальної політики. Офіційний сайт. URL: <http://www.msp.gov.ua>. (дата звернення: 12.12.2022)
41. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів: УКУ, 2014. 120 с.

42. Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Слабкий Г.О., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. Р. 48–58.

43. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: підручник: у 2 кн. Київ: Либідь, 2004. Кн. 1. 576 с.

44. Организация психиатрической помощи во Франции. *Нейронews*. 2012. № 10. С. 4.

45. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

46. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Київ, 2018. Т.1. 208 с.

47. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Київ, 2018. Т. 3. 236 с.

48. Про вдосконалення організації морально-психологічного забезпечення участі військових частин (підрозділів) Національної гвардії України в проведенні заходів антитерористичної операції. Наказ командувача Національної гвардії України від 25 вересня 2014 р. № 303. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

49. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції. Указ Президента України від 18 березня 2015 р. №150/2015. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

50. Про затвердження й впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі», в якому викладені протоколи, що регулюють лише вузькоспеціалізоване питання ПТСР і не враховують інші психологічні проблеми учасників АТО. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2016 р. № 121. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

51.Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної і медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України Накази Міністерства оборони України від 17 липня 2018 р. № 337. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

52.Про затвердження переліків медичних показань і протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України. Наказ Міністерства оборони України від 09 грудня 2015 р. № 703. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

53.Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

54.Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2015 р. № 351. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

55.Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції. Наказ Міністерства соціальної політики України від 23 червня 2015 р. № 650. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

56.Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України. Наказ МВС від 08 грудня 2016 р. № 1285. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17>. (дата звернення: 12.12.2022)

57.Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). Наказ Міністра оборони України від 09 грудня 2015 р. № 702. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 12.12.2022)

58.Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). Наказ Міністерства оборони України від 09 грудня 2015 р. № 702. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

59.Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності. Постанови Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 497. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

60.Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

61.Про подальший розвиток психологічної служби внутрішніх військ МВС України. Наказ командувача внутрішніх військ МВС України від 30 листопада 2012 р. № 531. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

62.Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України від 20 грудня 1991 р. № 2011-ХІІ. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>. (дата звернення: 12.12.2022)

63.Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції на період до 2022 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 475-р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>. (дата звернення: 12.12.2022)

64.Про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції.

Указ Президента України від 1 грудня 2016 р. № 536/2016. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5362016-20822>. (дата звернення: 12.12.2022)

65. Психологи, юристи та медики: хто і як допомагає людям після полону. URL: <https://v-variant.com.ua/article/pomoshch-liudiam-posle-plena/> (дата звернення: 12.12.2022)

66. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Логос. 2015. 207 с.

67. Психологічна реабілітація воїнів АТО: Подобиці державної програми. URL: [http://ustymenkooleh.patrioty.org.ua/blogs/...](http://ustymenkooleh.patrioty.org.ua/blogs/) (дата звернення: 12.12.2022)

68. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: (методичний посібник) / О.М. Кокурн., Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

69. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам і сім'ям з дітьми зі Сходу України: посібник для практиків соціальної сфери / за ред. Л.С. Волинець. Київ: Калита, 2015. 72 с.

70. Реабілітація військових АТО в Україні. URL: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2572:reabilitatsiya-vijskovikh-ato-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350. (дата звернення: 12.12.2022)

71. Реабілітація українських ветеранів. Це комусь взагалі потрібно? [URL: <https://ua.112.ua/statji/reabilitatsiia-ukrainskykh-veteraniv-tse-komus-vzahali-potribno-415455.html>. (дата звернення: 12.12.2022)

72. Реабілітовані державою. Держслужба ветеранів і Генштаб прозвітували про психологічну роботу з АТО-вцями. URL: [https://novynarnia.com/2017/01/16/...](https://novynarnia.com/2017/01/16/) (дата звернення: 12.12.2022)

73. Сагайдак С.С. Механізми державного регулювання ресоціалізації засуджених неповнолітніх: дис. ... к. держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2014. 237 с.

74. Словопедія: Універсальний словник-енциклопедія. URL: <http://slovopedia.org.ua/29/53408/19469>

75. Сохан І.О. Психологічні особливості морально-правової соціалізації студентів: автореф. дис. ... к.психол.н.: 19.00.05. Київ, 2010. 22 с.
76. Соціальна психологія: конспект лекцій / Г.Ю. Чередник, О.О. Лоза. Дніпропетровськ: РВВ ДНУ, 2009. 76 с.
77. Сыропятов О.Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Litres, 2013. 270 с.
78. Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (головна сторінка). URL: <https://www.udmscvv.com>. (дата звернення: 12.12.2022)
79. Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2020. 214 с.
80. Швець А.В., Горішна О.В., Кіх А.Ю., Іванцова Г.В., Горшков О.О., Ричка О.В. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах і партнерах НАТО. *Організація військової охорони здоров'я*. 2021. № 4. С. 26–39.
81. Шпак В.П. Теоретичні та практичні засади реабілітаційної діяльності виправно-виховних закладів в Україні (XIX – початок XX ст.): автореф. дис. ... д.пед.н.: 13.00.01. Харків, 2007. 44 с.
82. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ: Тандем, 2004. 656 с.
83. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. *Молодь і ринок*. 2017. № 5. С. 50–54.
84. Якушкин Н. Психологическая помощь воинам-«афганцам» в Республиканском центре Республики Беларусь. *Психологический журнал*. 1996. Т. 17. № 5. С. 102–105.
85. About AFF. 2019. URL: <https://aff.org.uk/about-aff/> (дата звернення: 12.12.2022)
86. About the Family Readiness System. 2019. URL: <http://bit.ly/2PfhIPV> (дата звернення: 12.12.2022)
87. Army Welfare Service. 2019. URL: <https://www.army.mod.uk/personnel-and-welfare/> (дата звернення: 12.12.2022)

88. Besemann M.H. Physical rehabilitation following polytrauma. The Canadian Forces Physical Rehabilitation program 2008–2011. *Can J Surg*. 2011. № 54. С. 135–141.

89. Defence and armed forces: Support services for military and defence personnel and their families. 2019. URL: <http://bit.ly/35Q2eZ3> (дата звернення: 12.12.2022)

90. Gatchel R. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *Am Psychol*. 2004. № 59. С. 795–805.

91. Greenberg N. A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *Journal of traumatic stress*. 2010. Vol. 23. № 4. P. 430–436.

92. Hammermeister J. Military applications of performance psychology methods and techniques: an overview of practice and research from the U.S. Army. *J. of Performace Psychology*. 2011. № 3. P. 56–62.

93. Harms P.D. Evaluation of Resilience Training and Mental and Behavioral Outcomes. *The Comprehensive Soldier and Family Fitness Program Evaluation*. 2013. 19 p.

94. Hughes J.G. Use of psychological decompression in military operational environments. *Mil Med*. 2008. № 173. P. 534–541.

95. La santé mentale chez les vétérans canadiens: une mission de famille Rapport du Comité permanent des anciens combattants Le président Neil R. Ellis JUIN 2017 42e LÉGISLATURE, 1 re SESSION. URL: <http://www.parl.gc.ca> (дата звернення: 12.12.2022)

96. Le Service de santé royal canadien – Métiers Québec. URL: www.metiers-quebec.org. (дата звернення: 12.12.2022)

97. Military Family Services Program. 2nd edition. 2017. URL: <http://bit.ly/35UdJ1w> (дата звернення: 12.12.2022)

98. Pinder R.J. Mental health care provision in the UK armed forces. *Military medicine*. 2010. Vol. 175. № 10. P. 805–810.

99.SSAFA. Additional Needs and Disability: A Guide for Service Families. 2017. URL: www.ssafa.org.uk/fandf (дата звернення: 12.12.2022)

100. Susskind O., Ruzek J.I., Friedman M.J. The VA/DOD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress (update 2010): Development and methodology. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2012. Т. 49. URL: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.12.0241> (дата звернення: 12.12.2022)

101. U.S. Army Family and Morale, Welfare and Recreation Command (FMWRC): Army Community Service. U.S. Army Guide on Family Assistance Centers. 2009. URL: <http://bit.ly/2R8zIOd> (дата звернення: 12.12.2022)

102. United States Department of Army Family and MWR Command, Family Programs Directorate. Family Readiness Support Assistant. 2007. URL: <http://bit.ly/384Ujt0> (дата звернення: 12.12.2022)